

**La Partería Tradicional en la Prevención de la
Violencia Obstétrica y en su Defensa como
un Derecho Cultural**



Área emisora: Cuarta Visitaduría General
Año de publicación 2019

Programa de Asuntos de la Mujer y de
Igualdad entre Mujeres y Hombres.

Compilación y cuidado de la edición:
Elsa de Guadalupe Conde Rodríguez
Sofía Román

Esta publicación es una selección de textos
que se presentaron durante las tres emisiones del Seminario:
La Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica
y en su Defensa como un Derecho Cultural.
La publicación se realiza con la autorización de sus autoras.
El contenido de los textos publicados es responsabilidad
de cada autora y no representa necesariamente el punto de vista
de la CNDH.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos
Periférico Sur 3469,
Esquina Luis Cabrera,
Col. San Jerónimo Lídice,
Magdalena Contreras

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.....	4
LA PARTERÍA TRADICIONAL EN MÉXICO: UN CAMPO EN DISPUTA.....	4
Respuestas colectivas de mujeres indígenas.....	4
Lina Rosa Berrio Palomo.....	4
Parteras tradicionales:.....	11
Mujeres que acompañan a otras mujeres.....	11
Nadia Maciel Paulino.....	11
Sergio Paredes Solís.....	11
CAPÍTULO II.....	19
PARTERAS TRADICIONALES EN MÉXICO Y EN LAS AMÉRICAS: SU VOZ Y SU PALABRA.....	19
Ofelia Pérez Ruiz.....	19
Jocelyn González Espino.....	21
Apolonia Plácido Valerio.....	24
Eileen Moorhouse.....	28
Margaret Mina.....	28
Ellen Blais.....	30
Liceth Quiñones.....	32
CAPITULO III.....	37
OBSTÁCULOS, RETOS Y OPORTUNIDADES DE LA PARTERÍA TRADICIONAL EN EL MÉXICO ACTUAL.....	37
Cristina Galante.....	37
Mtra. Amparo Sevilla.....	40
Daniela Francisca Díaz Echeverría.....	42

CAPÍTULO IV	43
LA RECOMENDACIÓN GENERAL DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS 31/2017 SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	43
Comentarios a la Recomendación General CNDH/31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud.....	43
Alicia Márquez Murrieta.....	43
RECOMENDACIÓN GENERAL No. 31/2017.....	50
SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	50
CAPITULO V.....	88
UNA AGENDA MÍNIMA	89
Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica y en su Defensa como un Derecho Cultural	89
CAPITULO VI ANEXOS.....	92
VOCES ORGANIZADAS PARA RESCATAR Y REIVINDICAR LA PARTERIA TRADICIONAL.....	92
P R O N U N C I A M I E N T O F O R D “PARTERÍA, CULTURA, ANCESTRALIDAD Y DERECHOS	iError! Marcador no definido.
PRONUNCIAMIENTO DE ENCUENTRO DE PARTERAS DE OAXACA“FORTALECIENDO NUESTRO CAMINO”1 al 3 de abril 2019.....	94
Agenda por la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional en México.....	96

INTRODUCCIÓN

La partería tradicional es una práctica milenaria ejercida principalmente por mujeres, que ha trascendido a lo largo de la historia y que sobrevive a pesar de las limitaciones que enfrenta para su ejercicio. Es una práctica que dignifica y recupera ese valioso conocimiento ancestral que forma parte del patrimonio cultural y social de los pueblos y comunidades indígenas de nuestro país; pero también, del conocimiento y experiencias que las mujeres tienen sobre sus cuerpos y sus ciclos de vida, y que transmiten a otras mujeres, de generación en generación. El parto tradicional es una práctica regular en zonas rurales e indígenas, que puede extenderse al ámbito urbano y, comprende un conjunto de conocimientos que se han heredado de generación en generación con un enorme valor cultural y social. Acompañar y ayudar a otras mujeres a parir, es una de las prácticas más antiguas en el mundo. Su reconocimiento, protección y preservación se presentan como un desafío para el Estado mexicano.

Promover el respeto al conocimiento tradicional de la partería y sus protagonistas, implica el reconocimiento de derechos: **derecho a la identidad cultural, a la preservación del patrimonio inmatereales de los pueblos y comunidades indígenas; el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres; el derecho a la transmisión del conocimiento, entre otros.**

También implica el reconocimiento de las parteras tradicionales como *agentes que pueden colaborar en la reducción de la mortalidad materna*¹ y que la partería tradicional sea reconocida y respetada en el marco de las disposiciones nacionales e internacionales en la materia. Además de fortalecer el trabajo de las parteras privilegiando un enfoque de derechos humanos y de género, con pertinencia cultural.

Las parteras son un referente en sus comunidades y pueden ser aliadas de las instancias públicas de salud, para disminuir la violencia obstétrica. Violencia que durante los últimos años ha sido visibilizada por las organizaciones de la sociedad civil, por los organismos públicos de derechos humanos y, por diferentes instancias nacionales e internacionales. Promover, respetar, proteger y garantizar el conocimiento tradicional de la partería y su práctica, debe de ser un tema de prioridad para el Estado mexicano como **una forma de garantizar el acceso al derecho a la salud, los derechos a la identidad cultural, a la preservación del patrimonio de los pueblos y comunidades indígenas; a la integridad personal, a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y a una vida libre de violencia.**

Para este Organismo Constitucional Autónomo, promover el respeto al conocimiento de la partería tradicional y sus protagonistas, significaría, entre otras cosas: valorar las características y los modos de transmisión del conocimiento que sustenta la práctica de las parteras tradicionales; proteger, difundir y conservar la medicina tradicional utilizada por ellas; reconocer el valor cultural, social y económico de las plantas medicinales; el diseño de un marco normativo que proteja la práctica de la partería tradicional y reconozca el aporte de las parteras a la salud de la población, principalmente, de las mujeres.

Como un derecho cultural, representa un compromiso con los pueblos y comunidades indígenas y, sobre todo, con las parteras y parteros tradicionales, para preservar su conocimiento cultural y social. Como un derecho a la salud, es importante mencionar que la Ley General de Salud en México no prohíbe la partería, pero persisten prácticas institucionales que impiden u obstaculizan su ejercicio. En México, de acuerdo al Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) en 2017 se registraron un total de 2,064,507 nacimientos. De este total, 25,265 fueron atendidos por parteras, que de acuerdo a la Secretaría de Salud son más de 15 mil en el país. Es decir, en promedio, solo 1.6 partos habrían sido asistidos por una partera tradicional en ese año, en nuestro país.

Con el objetivo de propiciar un espacio de reflexión e intercambio de experiencias sobre la partería tradicional como parte del conocimiento ancestral de los pueblos y comunidades indígenas y como una práctica que puede prevenir la violencia obstétrica, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, durante tres años consecutivos realizó el Seminario de Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica y en su Defensa como un Derecho Cultural. El Seminario fue posible gracias a la colaboración de organizaciones de la sociedad civil como Kinal Antzetik y Nueve Lunas y, del Instituto Nacional de Antropología e Historia, a través del Museo de Culturas del Mundo y de la Dirección de Etnología y Antropología Social. Todas estas organizaciones e instituciones, interesadas en reconocer a la partería tradicional como un derecho cultural y, sobre todo, visibilizando el aporte de las parteras tradicionales a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

El documento que se presenta, recopila diversos trabajos y textos que fueron presentados durante las tres emisiones del Seminario. Contiene textos de parteras tradicionales, de académicas, de representantes de organizaciones de la sociedad civil, etc. Y nos muestra parte del trabajo que realizan las parteras tradicionales, así como sus reflexiones sobre las diferentes problemáticas que enfrentan para realizar su práctica.

¹ Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre el Noveno Informe Periódico de México. Aprobadas por el Comité en su 70º periodo de sesiones (2 a 20 de julio de 2018). Párrafo 42 inciso e).

En el primer capítulo titulado *La Partería Tradicional en México: un campo en disputa*, se presentan los textos de Lina Berrio, Nadia Maciel Paulino y Sergio Paredes. Ambos textos nos brindan datos relevantes sobre la partería tradicional en México y abordan temas de relevancia desde la propia experiencia de las mujeres parteras y de sus territorios. El segundo capítulo, se titula *“Parteras Tradicionales en México y en las Américas: su voz y su palabra”* y contiene textos de parteras de Querétaro, Chiapas y Guerrero quienes nos cuentan lo que representa la partería tradicional para ellas y para sus comunidades; los obstáculos que tienen para ejercer la partería y, los retos más importantes que enfrentan para seguir manteniendo su labor. Además, nos comparten parte del trabajo que realizan como parteras tradicionales. Su experiencia se complementa y contrasta con la de las parteras de Canadá quienes relatan el trabajo que realizan en sus comunidades y, el reconocimiento legal que tiene su profesión en su país. También se cuenta con la exposición de una partera de Colombia quien forma parte de la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (ASOPARUPA) quien describe el trabajo que realizan y como están organizadas para el ejercicio y reconocimiento de su profesión en esa región de Colombia.

El tercer capítulo, *Obstáculos, retos y oportunidades de la partería tradicional en el México Actual*, presenta el trabajo de académicas, especialistas y parteras en la tradición, quienes hacen un recuento del camino que ha ido trazando el movimiento de parteras de nuestro país, su articulación y sus propuestas; además de su coordinación con movimientos de otros países del continente americano Cristina Galante, Amparo Sevilla y Daniela Diaz, quienes nos comparten sus análisis desde sus distintos ámbitos de especialidad, todas comprometidas en aportar a la solución de los problemas que enfrentan las parteras tradicionales para ejercer su labor.

En el cuarto capítulo presentamos la Recomendación General 31/2017 emitida por esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, junto con un texto de Alicia Márquez Murrieta, quien profundiza en este instrumento y nos comparte un análisis sobre la importancia y repercusiones de esta recomendación.

El quinto capítulo presenta algunos elementos para integrar una agenda mínima sobre la partería tradicional y, finalmente se integran los pronunciamientos que han ido realizado el movimiento de parteras y el Concejo de Abuelas Parteras Guardianas del Saber Ancestral.

CAPITULO I

LA PARTERÍA TRADICIONAL EN MÉXICO: UN CAMPO EN DISPUTA.

Respuestas colectivas de mujeres indígenas.

Lina Rosa Berrio Palomo²

Introducción

“*Tam Unem*” en tzotzil; “*Ñaa diti in*” en Tun saavi; “*K’áan paal*” en Maya yucateco; “*Unk conëp*” en Mixe; “*Nsaan.na mandoho nan.luii shijoo*” en Nómnda; “*naä dugumin sa nurikü*” en Triqui. Múltiples palabras y acepciones en algunas lenguas indígenas de nuestro país para referirse a un personaje absolutamente central en muchas comunidades. Ellas son “Las que recogen bebés”; “las madrinas”, “las que soban” “ la abuelita que cuida a la embarazada”.

“Partera” en español, “midwife” en inglés, “levatrice” en italiano, “parteira” en portugués, son sólo algunos más de los nombres que reciben, pero si continuáramos buscando en otras lenguas podríamos encontrar decenas de palabras para referirnos a este personaje que durante siglos ha acompañado uno de los procesos más básicos para la vida humana: el nacimiento.

Hoy la polisemia, no sólo se refiere a la diversidad de nombres en cada lengua sino también al tipo de partería al cual nos referimos. En el contexto mexicano actual, bajo esta denominación se incluye un abanico amplio de actores vinculados al proceso de cuidado de la vida desde la gestación, el parto y el postparto: parteras tradicionales, profesionales, técnicas, en la tradición, empíricas, parteras indígenas, enfermeras obstetras, entre otros, son algunas de ellas.

Esta diversidad de denominaciones refleja las múltiples realidades de un país como México, la gran pluralidad de formas de aprendizaje de la partería, su reconocimiento diferenciado por parte del sector salud, la diversidad de prácticas realizadas, el tipo de vinculación que establecen con los diversos sistemas médicos, y

² Profesora investigadora CIESAS Pacífico Sur. linaberrio@gmail.com

el lugar social diferenciado que ocupan hoy cada una de estos tipos de parteras en relación con otros actores del campo de la salud. Al mismo tiempo, esta profusión de nombres plantea los enormes desafíos que significa acercarse al tema desde una perspectiva analítica y los retos que para las propias parteras implica el nombrarse o no como sujeto colectivo.

En este texto me referiré fundamentalmente a la partería indígena en México y a la partería en la tradición, reflexionando sobre las disputas actuales en torno a su posibilidad de ejercicio y las estrategias utilizadas por diversas redes y colectivos de parteras, para reposicionarla. Esto ocurre en un momento donde a nivel nacional e internacional, se impulsa la inclusión de la partería profesional en los servicios institucionales de salud como opción de atención obstétrica y se promueve la creación de nuevos programas de formación de parteras técnicas, pero se restringen o limitan las posibilidades de atención por parteras tradicionales. El trabajo analiza algunas demandas y estrategias colectivas de acción, promovidas por organizaciones de parteras del sureste mexicano.

Parteras indígenas de México

México no es sólo el país de América Latina con mayor número de personas que se reconocen como indígenas; también se caracteriza por una fuerte presencia de parteras indígenas pues de norte a sur del país existen más de 15,000 mujeres y hombres reconocidos como parteras o parteros. Más allá de atender el parto, un rol de gran importancia en la vida comunitaria pues son las responsables de acompañar durante el embarazo y en el puerperio inmediato de tal manera que participan en todo el proceso de gestación sobando, revisando, acomodando bebés, detectando embarazos de riesgos y remitiendo al sector salud cuando ello ocurre. También acompañan a lo largo del ciclo vital e intervienen en casos de violencia detectando y aconsejando a la mujer y su pareja. Son consideradas un personaje importante y de respeto por parte de las niñas y niños que han ayudado a nacer, acompañan en la gestión, ofrecen consejería en salud, en problemas de fecundidad y en los tránsitos a nuevas etapas de la vida (Berrio, 2015).

El 5 de mayo es el día de la partera. De 2017 a 2019, en el marco de esta conmemoración, se han realizado en el mes de mayo, tres Foros Nacionales de Partería convocados por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), Kinal Antzetik Distrito Federal A.C y Nueve Lunas A.C. Adicionalmente, en 2018 se inauguró una exposición sobre el tema en el Museo de las Culturas de la Ciudad de México. El lema del mismo colocaba al centro

los riesgos y desafíos a los cuales se enfrenta la partería tradicional actualmente. Uno de los principales retos sin duda, es el proceso de institucionalización de las formas de atención durante el embarazo y parto, de conformidad con los lineamientos internacionales en esa materia, el cual ha sido profundamente acelerado en las últimas décadas. De este modo, ha habido un desplazamiento importante de la figura de la partera, particularmente las empíricas, de la atención del parto. El porcentaje de atención de parto en unidades de salud en México supera el 94%, la mayoría ocurren en clínicas y hospitales de segundo nivel, incluso siendo de bajo riesgo.

En 2014 ocurrieron en el país 2,177.319 nacimientos según datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS)³. De estos las parteras atendieron 30,133 equivalente a 1.51% Este número de partos atendidos por parteras se reduce en 2017 cuando el número total de nacimientos fue de 2.064.507 y los atendidos por parteras fueron 25.265 equivalentes a 1.22% del total de partos. En 2018 continúa la reducción. Si bien los servicios de salud en muchas regiones indígenas son insuficientes para responder a la demanda de atención obstétrica y más aún para hacerlo con pertinencia cultural; han primado las indicaciones de alcanzar una cobertura total de parto institucional lo cual en la práctica significa una apuesta por la desaparición de los recursos locales de atención como las parteras tradicionales. Igualmente se ha modificado el lugar social de estas terapeutas quienes en muchos lugares han sido relegadas a cumplir funciones de promotoras o detectoras de riesgos, pero no a ser responsables de la atención del parto (Freyermuth, 2018; Chavez, 2018; Reynoso, 2019).

Para lograr este desplazamiento se han desplegado una serie de estrategias que van desde las más sutiles hasta las más abiertas. En un encuentro de parteras realizado en julio de 2017 en Oaxaca, ellas reportaban acciones como pedirles que canalicen a todas las mujeres a las unidades, descalificaciones a su trabajo, amenazas a las parteras si deciden atender; intimidaciones a las gestantes a quienes se les atemoriza con retirarles el programa social PROSPERA si el parto tiene lugar fuera de las unidades médicas; dilación, colocación de obstáculos o negación de los certificados de nacimiento a los bebés atendidos por parteras; entre varios otros. Así lo plantearon cerca de 50 parteras reunidas en Oaxaca en julio de 2017.

En un foro sobre partería organizado por el Instituto Nacional de Antropología e Historia⁴, un investigador de la Universidad Veracruzana Intercultural presentaba datos derivados del trabajo realizado por estudiantes de la misma universidad, en varias comunidades de la entidad, pertenecientes a la zona totonaca. Destacaban los testimonios de varias mujeres quienes narraban historias desgarradoras

³ Sistema de información sobre nacimientos. DGIS. SSA

⁴ Taller por la defensa de los territorios y del patrimonio biocultural. Abril 19 de 2018. INAH. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=-CLwBSzSIaw&index=8&list=PLMjBEEGSmDaDPv9uVlf_AjHylXH04gUJx

de cómo habían sido obligadas por el personal de salud local a acudir a sus unidades, en ocasiones incluso haciendo uso abierto de formas de violencia simbólicas y físicas para garantizarlos.

Estas estrategias han sido denunciadas por las propias parteras en varios espacios de reunión y foros nacionales e internacionales, entre ellos el Foro de Partería Indígena convocado por la Cuarta Visitaduría de la Comisión Nacional de Derechos Humanos en 2015, así como de los Foros convocado por la misma institución en mayo de 2017, 2018 y 2019. Diversos pronunciamientos emanados de reuniones entre parteras en Oaxaca y Chiapas, se suman a estos espacios de discusión y denuncia e igualmente la situación ha sido objeto de atención por parte de instituciones de derecho humanos, del sector cultura y del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas.

Situación actual, y disputas en torno a su ejercicio

A nivel mundial hay una fuerte tendencia a reconocer el lugar de la partería profesional y a darle un mayor protagonismo en las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva integral y no sólo en el parto. El informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas “El estado de las parteras en el mundo, 2014”, es enfático en afirmar la necesidad de promover nuevos modelos de atención centrados en la mujer y dirigidos por parteras.

Esta visión de la partería al año 2030 promueve, entre otros, la ampliación del número actual de parteras lo cual implica la apertura de nuevas escuelas y la incorporación de las egresadas al sistema de salud, garantizando entornos habilitantes para su práctica. En México, esta línea ha sido impulsada desde el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y desde el Grupo Interinstitucional de Impulso a la Partería (GIP), impulsado por el Centro Nacional de Equidad y Género de la Secretaría de Salud, el UNFPA, el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, la Fundación MacArthur y la Escuela de Enfermería y Obstetricia (ENEO) como invitada. Este grupo fue oficialmente presentado el 21 de octubre de 2015.

La estrategia del GIIP, básicamente ha estado dirigida a la promoción de la partería profesional en el país. Tanto en la incorporación al sistema de salud de las 78 parteras técnicas que existían al momento de la firma, como hacia la apertura de nuevas escuelas de partería técnica en diversos estados de la república.

Desde 2010 se ha puesto en marcha una estrategia de incorporación de la partería profesional en varias entidades federativas la cual ha permitido el ingreso de algunas egresadas de la escuela de partería técnica -CASA- a los servicios de salud, pero su incorporación es aún incipiente. El número de escuelas de partería profesional se ha ampliado y en 2012 se puso en marcha la primera escuela pública de partería en la montaña de Guerrero. Sin embargo, para un volumen de nacimientos superior a los

dos millones anuales, y las correspondientes revisiones prenatales y postnatales resultan del todo insuficiente un grupo de alrededor de 100 parteras graduadas actualmente. El programa de salud materna y perinatal correspondiente al periodo 2013-2018 mencionaba de modo general a la partería si bien, no abunda en ello.

A noviembre de 2019 aún no se conocen los Programas de Acción Específica de la Secretaría de Salud para el sexenio actual y por tanto no es posible hacer un análisis respecto a la incorporación de estrategias sobre partería tradicional y en la tradición, en el Programa de Salud Materna.

Lo que me interesa destacar es que todas estas iniciativas centran su atención en la partería profesional y no aparecen en el panorama de políticas públicas estatales, acciones específicas para el fortalecimiento de la partería tradicional; por el contrario, desde las parteras tradicionales se evidencia éste como un periodo de fuertes embates y algunas incluso hablan de “intento de desaparición”.

Si concebimos el campo de lo político más allá del Estado y su papel regulador, sus presencias, ausencias y contradicciones, es necesario identificar a otros actores vinculados al tema y que por tanto configuran parte de los discursos, interacciones y relaciones de poder vinculados al campo de la partería, justamente como un campo de disputa por los sentidos y las presencias. En relación con ello, un actor emergido en el último quinquenio, es la Asociación Mexicana de Partería y existe un complejo entramado de actores y procesos, a los cuales se suman las escuelas de partería, organizaciones de la sociedad civil, financiadoras, organismos multilaterales, organizaciones internacionales de partería como la Confederación Internacional de Matronas (ICM), entre otros, a los cuales podríamos considerar como impulsores o aliados de la partería, al igual que otros actores más escépticos de sus beneficios, entre ellos algunos profesionales de salud, colegios y asociaciones de gineco-obstetras.

Paralelamente, hay un creciente movimiento en torno a la atención humanizada del parto, de la cual participan muchas parteras técnicas, profesionales y doulas, especialmente en las áreas urbanas, además de mujeres, organizaciones de la sociedad civil y algunas instituciones públicas como la CNDH, el INAH o la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. Este es un movimiento que surge entre otros, como respuesta a los altos niveles de violencia obstétrica en los servicios de salud, promoviendo una atención del parto respetuosa, centrada en las mujeres y evitando las intervenciones excesivas e innecesarias.

Como lo señala Rosalynn Vega (2016), este creciente movimiento de desmedicalización del parto y el retorno a la partería como una opción de atención viable para las mujeres y sus familias, aparece especialmente entre sectores de clase media y alta y se apela a la recuperación de ciertas acciones “tradicionales” o derivadas de los saberes indígenas, pero resignificadas, articuladas con prácticas de sistemas médicos alternativos como la homeopatía y otros de tipo New Age.

En este contexto, el lugar de las parteras indígenas aparece invisibilizado o en los márgenes de este escenario de definiciones en torno al papel de la partería en la atención actual a la salud materna en México. En el nivel federal, desde la Secretaría de Salud, prácticamente son inexistentes las acciones y recursos asignados para la promoción de la partería indígena.

Daniela Díaz (2018) plantea que no sólo hay un comportamiento oscilatorio en materia de asignación presupuestal para partería indígena en las entidades federativas, sino que además el porcentaje que ello representa del total asignado al Programa de Salud Materna y Perinatal, es menos del 2% del mismo “en el año 2015 representó el 1,77 por ciento del total del presupuesto asignado a los 12 estados que establecieron recursos para partería tradicional. En cambio, para el año 2017 significó solamente el 0,36 por ciento de las 8 entidades que etiquetaron para tal acción”. En 2016 el total asignado a partería tradicional para todo el país, fueron 9.07 millones de pesos. De ellos casi la tercera parte se destinó a maletines (con insumos) para las parteras y a reuniones de capacitación.

Parte de lo que me interesa enfatizar en este trabajo, es la paradoja actual respecto al modo en que está siendo pensado y construido el campo de la partería en México, como una opción viable de atención para las mujeres. Al mismo tiempo que se impulsa la inclusión de la partería profesional como opción de atención obstétrica institucional y ésta va ganando un lugar de mayor prestigio en las representaciones y aspiraciones de ciertos sectores de clase media urbana que también lo ven e impulsan como opción; se restringen, limitan y en ocasiones abiertamente se niegan, las posibilidades de atención por parteras tradicionales indígenas en el ámbito local. Frente a este múltiple escenario, en el cual confluyen varios niveles de acción (comunitario, municipal, estatal, nacional e internacional), así como diversos actores (instituciones del Estado, Sociedad civil, parteras, mujeres, organismos multilaterales, etc.); las parteras indígenas han ido tejiendo diversas estrategias (intencionadas o no) de respuesta a estas nuevas realidades.

Algunas rutas de acción tejidas por las parteras...

A partir del trabajo de campo y el acompañamiento realizado a varios grupos de parteras en los últimos años, identifiqué algunas rutas nuevas de acción que se están perfilando. Llama la atención que mientras en el nivel local el interlocutor inmediato es el sector salud, en esferas del orden nacional o internacional las estrategias que se plantean están interpelando a otros actores distintos al sector salud.

La primera ruta se refiere al **ámbito comunitario/ local**.

Es allí donde se ejercen de manera más directa las presiones sobre las parteras y las mujeres para que acudan a las instancias de salud. En tal sentido varía de ellas han optado por abandonar ciertas prácticas para evitar conflictos, o incluso han dejado de atender partos como ocurre en varios espacios de Guerrero y Oaxaca documentados en campo. Es en este espacio donde se viven las formas de violencia simbólica de los funcionarios locales adscritos a las unidades, pero también donde se tejen de manera muy concreta, posibles relaciones de comunicación y acuerdos muy específicos entre algunas parteras y algunos prestadores de salud.

Al mismo tiempo, es en ese nivel donde muchas siguen ejerciendo su labor más allá de las prohibiciones o restricciones, y en actos cotidianos buscan formas creativas de defender derechos básicos como el certificado de nacimiento. Es también en este espacio donde se están desarrollando iniciativas de transmisión de la partería entre generaciones, siguiendo las formas tradicionales de ir legando saberes de parteras mayores, experimentadas que fungen como maestras, y sus aprendices jóvenes interesadas en continuar con el oficio (Villa, 2019).

La segunda ruta se refiere al **fortalecimiento de pequeños espacios de encuentro, intercambio y organización entre parteras,**

Los cuales pueden ir desde el ámbito regional hasta el internacional. En esta se incluyen los espacios de talleres y reuniones entre Casas de la Mujer Indígena que trabajan temas de partería, y de manera particular las cuatro casas de Guerrero quienes intentan diseñar acciones locales muy concretas, que les permita interlocutar mejor con el Sector Salud. Procesos similares podríamos pensar en relación con la red de parteras *Nich Ixim*⁵ de Chiapas (Pérez, 2019), con organizaciones de la huasteca potosina (Mejía, 2019); la red de parteras mayas del oriente de Yucatán (Méndez, 2018), el Consejo de Abuelas Parteras del Conocimiento Ancestral y los espacios de encuentro de las parteras en la tradición⁶. Se trataría pues de una ruta de encuentro entre pares, en la cual se tejen diálogos, se comparten problemáticas, se colocan en palabras y se establecen pequeños acuerdos. Es una ruta que tiene particularidades en cada región, así como su propio tiempo y proceso. Una recuperación de varias de estas experiencias y de las buenas prácticas en partería tradicional, se puede consultar en compilación realizada por Kinal Antzetik D.F A.C y coordinada por Lozano (2019).

⁵ <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/parteras-abonan-a-salud-de-mujeres-y-ninas/>

⁶ <https://www.rompeviento.tv/conforman-parteras-tradicionales-el-consejo-de-abuelas-parteras-del-conocimiento-ancestral/>

En la misma línea podemos pensar los espacios convocados por instituciones del Estado, entre ellas la CNDH quien ha organizado tres eventos de partería indígena en 2017, 2018 y 2019. Tales eventos, convocados por el Programa de Asuntos de la Mujer adscrito a la Cuarta Visitaduría General, han posibilitado estos diálogos entre parteras de diversas regiones, al mismo tiempo que potencian la enunciación pública de las demandas.

✚ La ruta organizativa y enunciativa de las demandas, incluye algunos espacios del ámbito internacional.

La situación de la partería indígena en México encuentra semejanzas con otros países de la región y también parteras indígenas de África y Asia han planteado en el espacio del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, situaciones similares. En tal sentido el ámbito internacional se configura como otro espacio de enunciación y exigencia de demandas, por parte de las organizaciones de mujeres indígenas. En el VII Encuentro del Enlace Continental de Mujeres Indígenas el cual tuvo lugar en Guatemala en del 16 al 19 de noviembre de 2015, se realizó un taller de parteras indígenas de las Américas, que resultó de gran valor, no sólo por el intercambio entre parteras indígenas de la región, sino por la elaboración de una agenda de demandas específicas sobre partería, al interior de la principal organización de mujeres indígenas del continente. Entre las demandas y recomendaciones planteadas en la declaración final, se interpelaba a los Estados a proteger los saberes ancestrales y los sistemas de salud de los pueblos indígenas

Instamos al reconocimiento, promoción y protección de los sistemas de salud de los pueblos indígenas y a garantizar el acceso a la salud que brinde el Estado con pertinencia cultural, asegurando la consulta y la participación plena y efectiva de las mujeres indígenas y de sus organizaciones, en el desarrollo, promoción y protección de sus derechos sobre salud integral.

Igualmente llamaban al propio movimiento indígena a fortalecer la partería tradicional: “Recuperar la riqueza de los pueblos indígenas, las parteras tradicionales, el rol de las comadronas y las prácticas de salud ancestral”.

En esta misma ruta de posicionamiento de la partería indígena en escenarios internacionales, resulta relevante destacar las recomendaciones realizadas por el Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas de la ONU que en sus sesiones 17 y 18 en 2018 y 2019 respectivamente, incorporaron en las declaraciones finales, una serie de recomendaciones a los estados, relacionadas con la protección y preservación de la partería indígena en los países. Incluyo a continuación las de 2019 dado que retoman y ratifican las efectuadas el año previo.

Resulta relevante que, de las cuatro recomendaciones emitidas en materia de salud, tres están directamente relacionadas con partería y se hace un llamado explícito a detener la criminalización de las matronas y matrones, así como a respetar el derecho de los pueblos indígenas a mantener sus prácticas tradicionales de salud:

43. El Foro Permanente acoge con beneplácito la participación de matronas y matrones indígenas en su 18º período de sesiones y reconoce la importante función que desempeñan en la salud materno-infantil. Las tasas de morbilidad y mortalidad entre las mujeres indígenas son más altas porque no tienen acceso a la atención médica y porque son víctimas de discriminación y marginación. Las prácticas y los conocimientos de estas personas son fundamentales para la salud de los pueblos indígenas. Lamentablemente, se las sigue criminalizando, lo que tiene consecuencias devastadoras, no solo para ellas mismas, sino también para las madres, los niños y las comunidades.

44. El Foro Permanente reitera su llamamiento para que se deje de criminalizar a estas personas, tal como se expresó en las recomendaciones recogidas en los párrafos 49 y 50 del informe sobre su 17º período de sesiones (E/2018/43-E/C.19/2018/11), e insta a los Estados a que respeten el derecho de los pueblos indígenas a mantener sus prácticas tradicionales de salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 24 de la Declaración.

45. En el contexto de la aplicación de la Política sobre etnicidad y salud, aprobada por el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2017 (CEI60.R11), el Foro Permanente invita a la OPS y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a que colaboren con las instituciones de salud y los encargados de la formulación de políticas a fin de abordar las cuestiones relacionadas con la salud materna indígena, incluida la práctica de las matronas y matrones indígenas. Recomienda que la OPS prepare un estudio sobre los avances en la salud materna indígena, incluidas

⁷ VII Encuentro Continental de Mujeres Indígenas. Ciudad de Guatemala, Guatemala. Noviembre 15 de 2015. <http://www.ecmia.org/encuentros/80-vii-encuentro/198-declaracion-definitiva-del-vii-encuentro-ecmia>

las mejores prácticas utilizadas por las matronas y matrones indígenas y las organizaciones de apoyo. El Foro invita a la OPS a que presente el informe, a más tardar, en 2020⁸

Estas recomendaciones del Foro resultan de gran relevancia pues si bien no tienen un carácter de obligatoriedad para los Estados, marcan de manera explícita un posicionamiento internacional en el sentido de reconocer la criminalización de que están siendo objeto las y los parteras. Igualmente dan continuidad a las del año previo en relación al cumplimiento de la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas y los artículos relativos a los conocimientos y prácticas en salud.

Vale la pena resaltar que esto además, coloca su cumplimiento como una responsabilidad del Estado en su conjunto y no exclusivamente del sector salud, por lo cual implica la participación de los Organismos de Derechos Humanos como la CNDH y las comisiones estatales; de las instancias responsables de la atención a pueblos indígenas, de las instituciones del sector cultura en tanto derechos culturales colectivos y de organismos multilaterales como la OMS/OPS interpelada de manera directa en el párrafo 45, pero no exclusivamente pues también organismos como el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y ONU Mujeres, están directamente vinculadas a dichos temas.

Por supuesto el sector salud tiene un papel central en el cumplimiento de dichas recomendaciones y resulta necesario dar seguimiento a ello, particularmente en el nuevo Plan Sectorial de Salud 2019-2024, así como en los Programas de Acción Específicos. Un cambio en el tipo de relación establecida entre el sector salud y las parteras y parteros tradicionales, resulta necesario y urgente.

✚ **Esto conecta con la siguiente estrategia utilizada para la defensa de la partería que es la de alianzas con otros actores.**

Ello incluye otras parteras, instituciones estatales, integrantes de ONGS, academia, fundaciones, e incluso el propio Estado a través de instituciones como la CNDH, la Corte de Justicia, la Dirección de Medicina Tradicional, entre otros. Son diversos los espacios públicos en torno a la partería tradicional, que se han organizado en los últimos tres años de manera coordinada con dichos actores y este libro es una pequeña muestra de ello. Resultará interesante en otro momento, realizar el análisis específico

de las relaciones y también tensiones con las asociaciones oficialmente reconocidas como las reguladoras del campo de la partería en México y donde el tema de la partería tradicional no siempre ha encontrado resonancias.

✚ **Finalmente, hay otra posible estrategia de defensa de la partería tradicional que se ha perfilado desde 2016: la ruta de la patrimonialización de la partería, la cual plantea desarrollar un proceso para incluir ésta como patrimonio cultural inmaterial.**

Esta propuesta surge a partir de la experiencia colombiana del reconocimiento a la partería tradicional en el pacífico colombiano como patrimonio cultural inmaterial de la nación, y la necesidad de posicionarla en el campo de la cultura y no exclusivamente de la salud. En la experiencia colombiana esto ha movido el tipo de relación planteada con el sector salud llevándolo al marco de derechos culturales de los pueblos y no exclusivamente competencia regulatoria del sector salud. Esta ruta ha sido pensada por algunas parteras junto con el equipo de abogadas y antropólogas del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) e incluso abordada en uno seminarios convocados por la CNDH.

Sin embargo, hay un consenso preliminar en el sentido de no impulsarla en México, al menos por ahora no sólo por las diferencias en el marco jurídico al ser un país federativo, sino también por los riesgos que ello implica a partir de otras experiencias de patrimonialización.

Reflexiones finales:

He mostrado en este texto una aproximación a la situación actual de la partería tradicional en México, dando cuenta de su importancia para la reproducción social de los pueblos, al mismo tiempo que evidencio los profundos desafíos que actualmente enfrenta debido a los cambios en la manera como son percibidas y en las estrategias oficiales implementadas hacia parteras y parteros.

Se presentaron también algunas de las demandas, respuestas y estrategias promovidas por las parteras indígenas actualmente, y cuáles sus alianzas con otras mujeres indígenas, otras parteras, organizaciones civiles e instituciones del Estado, para construirse como un sujeto colectivo que ocupa un lugar propositivo en el escenario. A través de las cinco rutas de defensa de la partería que he descrito previamente, es posible observar los diversos niveles de acción en los cuales se mueven, los actores a

⁸ Organización de las Naciones Unidas. *Informe permanente para las cuestiones indígenas. Informe sobre el 18º periodo de sesiones. Consejo Económico y Social. Documentos oficiales, 2019. Suplemento 23*

quienes se interpelan y con quienes hacen alianzas, así como la importancia de dar cumplimiento a las recomendaciones internacionales emitidas para su preservación, protección y ejercicio.

Resulta centrar destacar que el cumplimiento de estas recomendaciones, así como la generación de condiciones institucionales para el efectivo ejercicio de la partería, no es una tarea que compete de manera exclusiva al sector salud, por el contrario, es indispensable la participación de instancias de derechos humanos, del sector cultura, de las instituciones vinculadas a la atención a pueblos indígenas, así como de la academia y organizaciones sociales. Modificar el modelo de atención que actualmente tenemos e incorporar con un lugar protagónico a todas estas mujeres que desarrollan el oficio de la partería garantizando la vida y la salud para las mujeres y sus recién nacidos es una tarea urgente. Parteras tradicionales son fundamentales para contribuir a mejorar las condiciones de atención y garantizar a todas las mujeres el efectivo derecho a la salud, incluyendo la posibilidad de decidir cómo queremos dar a luz.

Bibliografía

Berrio, Lina (2015). Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de las mujeres indígenas. En: *Revista Género y salud en cifras*. Vol. 13 (3), septiembre-diciembre. Centro Nacional de Equidad de Género y salud Reproductiva. Secretaría de Salud. Ciudad de México.

Chavez, Mayra y Romero, I. (2018). Dos vivencias de la partería tradicional: formación y prácticas de atención en Cuetzalan, Puebla. En: Nuñez, María Cristina (Coord.) *Narrativa, memoria colectiva y tradiciones*. (pp. 199-220). Xalapa: Universidad Veracruzana.

Fabián, Sarai (2019). "Reconociendo nuestros saberes en salud materna. Acciones de fortalecimiento a Parteras Tradicionales. Indígenas *Me'phaá* y *Na Savi* implementadas desde la Casa de la Mujer Indígena "Nellys Palomo Sánchez". En: Lozano, Adriana (coordinadora) (2019). *Buenas prácticas de partería tradicional indígena en México*. Kinal Antzetik Distrito Federal A.C. Ciudad de México. PP. 165-176

Freyermuth, Graciela. (2018). La partería en México hacia el siglo XXI. Las protagonistas. En Freyermuth, Graciela (coordinadora). *Los caminos para parir en México en el Siglo XXI* (pp. 10-21). San Cristobal de las Casas: OMM, Ediciones del Lirio, CPMSM, ACAS A.C; CIESAS Divulgación.

Díaz, Daniela (2018). Presupuesto para partería tradicional. Boletín Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas-Enlace Continental de Mujeres Indígenas. Vol. No 24, mayo de 2018 PP. 5-7

Lozano, Adriana (coordinadora) (2019). *Buenas prácticas de partería tradicional indígena en México*. Kinal Antzetik Distrito Federal A.C. Ciudad de México. Publicación electrónica.

Mejía, Gloria (2019) Partería Tradicional Indígena en la huasteca potosina, una práctica cultural en riesgo. En: Lozano, Adriana (coordinadora) (2019). *Buenas prácticas de partería tradicional indígena en México*. Kinal Antzetik Distrito Federal A.C. Ciudad de México. pp 73-94

Pérez, Ofelia (2019) "Que no se lo lleve el viento" Experiencia de trabajo por el fortalecimiento de la Partería y el Movimiento de Parteras de Chiapas *Nich Ixim*. En: Lozano, Adriana (coordinadora) (2019). *Buenas prácticas de partería tradicional indígena en México*. Kinal Antzetik Distrito Federal A.C. Ciudad de México. pp 95-108

Méndez, Jacqueline. (2018). *Medicalización y estrategias de participación social en salud por parteras mayas: una mirada contemporánea al proceso de atención al embarazo, parto y puerperio en Chemax Yucatán*. Ciudad de México: Tesis de licenciatura en Etnohistoria. ENAH.

Organización de las Naciones Unidas. *Informe permanente para las cuestiones indígenas. Informe sobre el 18º periodo de sesiones*. Consejo Económico y Social. Documentos oficiales, 2019. Suplemento 23. Disponible en: <https://undocs.org/es/E/2018/43>

Reynoso, M. (2019). "Entre hegemonía, subordinación y resistencia: trayectorias de atención de mujeres nahuas durante el embarazo y el parto en la comunidad de Santiago Centro, Tamazunchale, S.L.P". San Luis Potosí: Tesis de Maestría en Antropología Social. El Colegio de San Luis.

Vega, Rosalynn (2016), Commodifying Indigeneity: How the Humanization of Birth Reinforces Racialized Inequality in México. *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 00, Issue 0, pp. 1–20

**Parteras tradicionales:
Mujeres que acompañan a otras mujeres**

Nadia Maciel Paulino

Secretaría Técnica del Comité por una Maternidad Segura
y la Salud de las Mujeres en Guerrero

Sergio Paredes Solís

Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales,
Universidad Autónoma de Guerrero

SUMARIO: I. Introducción. II. Proyecto de Técnicos Interculturales de Salud. III. Partería y violencia obstétrica. IV. Propuestas. V. Bibliografía.

Resumen

En los municipios de Acatepec, hay población Me'Pha; Atlictac; Nahua y Me'phaa, San Luis Acatlán con población Na Savi; y Xochistlahuaca, Nancue Ñomdaa) se llevó a cabo El Proyecto Impacto de técnicos Interculturales de Salud, como Apoyo a la Partería Tradicional, en la Maternidad Segura y Seguridad Cultural de los Pueblos Indígenas de Guerrero, México: ensayo aleatorizado controlado por conglomerados. Se realizó una medición basal en 8,000 hogares. Se encuestó a mujeres con parto en el último año, se realizó una encuesta a madres, suegras o esposos y otra encuesta a parteras tradicionales. Se realizó una medición final para estimar el impacto de un Técnico Intercultural de Salud en la vinculación de los servicios de salud tradicionales con los servicios de salud gubernamentales medidos a través del mejoramiento de indicadores de salud materna y neonatal.

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la partera tradicional como: “una persona (generalmente mujer) que asiste a la madre en el curso del parto, quien adquirió sus habilidades atendiendo sus propios partos o trabajando con otras parteras tradicionales.” Los organismos internacionales consideran que la partería tradicional debe incluir la prestación de cuidados básicos de la maternidad. Además, la atención del recién nacido, intervención en otras actividades de atención de la salud, identificación y referencia de pacientes con riesgo alto, y la distribución de métodos de planificación familiar. Este último es contrapuesto a la pertinencia cultural. En este documento el concepto de partera tradicional es la mujer que acompaña a otra durante el embarazo, parto y posparto.

El modelo de atención de la partería tradicional tiene particularidades que lo distinguen de otros modelos de atención del parto, tales como la atención del parto en el hogar, el respeto por la posición que adopta la mujer en el parto, el acompañamiento del esposo o familiares. La partera tradicional utiliza plantas medicinales, realiza rituales más allá de los necesarios para el parto como pedida de velas en lugares sagrados, ofrendas de flores, animales y comida. Una acción básica es sobar a las mujeres durante el embarazo. Los hallazgos actuales sugieren que las parteras tradicionales pueden contribuir a mejorar la atención materna y neonatal en comunidades remotas y entornos de bajos recursos. Es conveniente un intercambio de saberes o conocimientos por encima de la imposición o sustitución de prácticas.

Los saberes de la partera tradicional constituyen una síntesis de conocimientos culturales orientados a la prevención de daños, mantenimiento y recuperación de la salud materna. Las parteras tradicionales tienen saberes propios y prácticas de atención durante y después del embarazo, y en algunos casos desde la infancia de las mujeres. Son prácticas comunes los rituales de protección realizados antes del parto y, sus conocimientos se transmiten por generaciones desde hace varios miles de años. La partera tradicional es el mejor recurso humano para la atención del parto para mujeres indígenas que permite la perpetuación de su cultura.

Algunos estudios resaltan las ventajas de la atención del parto por partera tradicional y son respaldados por instancias internacionales, otros investigadores aun no reconocen los aportes a la atención materna. Muchos investigadores insisten en la capacitación y profesionalización de la partería tradicional. Este conflicto sitúa a las mujeres en una posición ambigua de donde atender su parto. Las parteras remiten a los hospitales los eventos obstétricos complicados. En comunidades sin servicios de salud gubernamentales las parteras tradicionales son un recurso humano valioso para la salud de las mujeres. La calidad de la atención del parto es similar por parteras tradicionales y médicos occidentales. Las complicaciones observadas pueden atribuirse a los recursos y acciones utilizados en cada sistema. Las intervenciones a

nivel comunitario para promover el acceso a la atención obstétrica son factibles y puede ser efectivo. Se requieren más estudios de este tipo para contar con evaluaciones objetivas de las ventajas y desventajas de ambos modelos de atención.

La partería es una práctica tradicional vital. Ellas realizan su trabajo con o sin reconocimiento institucional; este modelo de atención del parto surge como respuesta a necesidades de atención. Ellas tienen una estrecha relación sociocultural con las mujeres de la comunidad y reconocen la necesidad de cuidar la vida, esto el impulso a hacer de la partería parte de su quehacer, sustentándolo en la fe a diferentes divinidades.

Los vínculos entre las parteras y los servicios de salud deben ser reforzados para atender a las mujeres con una emergencia obstétrica. La partera tradicional puede atender partos normales de bajo riesgo, y con esto reducir la carga de trabajo a las unidades de salud. En 2015, la proporción de mujeres afiliadas al sistema de protección social en salud denominado Seguro Popular fue 49.9%, hay opiniones que las mujeres afiliadas a este seguro son presionadas para atender sus partos en una institución de gobierno. Algunas parteras se iniciaron en la práctica por la cantidad de personal médico insuficientes en las comunidades.

Las parteras tradicionales realizan el cuidado prenatal y posparto para prevenir problemas de salud materno-infantil. Las mujeres que prefieren la atención tradicional tienen una sólida identificación social y cultural con las parteras. En la mayoría de los casos la partera tradicional y su usuaria comparten los mismos códigos de adscripción colectiva. Promueve la convivencia de la familia desde el nacimiento; el bebé es entregado a la madre en cuanto nace para ser amamantado. A diferencia de una práctica médica institucional donde muestran al bebé y dan al bebé a la madre por muy poco tiempo y después los separan.

El embarazo y parto normales son procesos fisiológicos, no son enfermedades, por lo que su atención no debe ser medicalizada, proveyendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias. Los médicos no siempre son necesarios en la atención de todas las mujeres, se propone incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de salud, tales como las parteras tradicionales. Las parteras tradicionales son un agente importante en la atención de la salud de las mujeres y podrían incrementar la cobertura a la salud materna en comunidades remotas de Guerrero. Además, la participación de la partera tradicional en la atención de partos evitaría la pérdida de su cultura y conservación de la medicina tradicional. Además, habría reducción de costos de atención, mayor calidez y descarga a servicios de salud. Hay necesidad de renovar la mayoría de las parteras tradicionales, las existentes son de edad avanzada y pueden morir sin transmitir sus saberes. Este protocolo presenta la siguiente:

En el estado de Guerrero habitan un total de 3'628,820 personas, de las cuales 1'752,292 son hombres y 1'876,528 son mujeres. De acuerdo al Índice de

Desarrollo Humano de 2015, Guerrero ocupó el último lugar a nivel nacional, con los índices más bajos en educación, salud, y de recursos para una vida digna. El Estado cuenta con municipios de más bajo índice de desarrollo humano en el mundo. Habitan cuatro pueblos originarios predominantes en algunas regiones, el Me'phaa (Tlapaneco), Ñondhaa (Amuzgo), Na Savi (Mixteco) y Nahuatl y una comunidad Afromexicana. Estos pueblos originarios se encuentran principalmente en la región de la Montaña y Costa Chica. En Acapulco y Zihuatanejo y otras ciudades importantes se encuentran personas de estos pueblos principalmente migrantes. El estado de Guerrero históricamente ocupa los primeros lugares de mortalidad materna. En 2017 se registraron 36 defunciones maternas. Las tasas más elevadas de mortalidad materna son en las regiones de la Montaña y la Costa Chica, con mayoría de municipios con características rurales, con alta presencia indígena y afromexicana, alta marginalidad y cobertura de seguridad social baja. Las tasas de muerte materna son mayores en mujeres indígenas y afromexicanas.

II. Proyecto de técnicos interculturales de salud

El Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET), de la Universidad Autónoma de Guerrero, ejecutó el proyecto Impacto de técnicos Interculturales de Salud, como Apoyo a la Partería Tradicional, en la Maternidad Segura y Seguridad Cultural de los Pueblos Indígenas de Guerrero, México: ensayo aleatorizado controlado por conglomerados. Iniciativa financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT- referencia PDCPN 2013-214858). El responsable de este proyecto fue el Dr. Sergio Paredes Solís, profesor-investigador del CIET. Para este proyecto se tuvo como grupo de intervención los municipios de Acatepec y Xochistlahuaca. El grupo control fueron los municipios de Atlixac y San Luis Acatlán. En estos municipios del estado de Guerrero, se encuentran pueblos originarios y pueblos indígenas Me'phaas, Na Savi, Nancue Ñondha y Nahuatl.

El objetivo general de este proyecto fue estimar el impacto de un técnico intercultural de salud en la vinculación de los servicios de salud tradicionales con los servicios de salud gubernamentales medido a través de mejoramiento de indicadores de salud materna y neonatal. Y los objetivos particulares fueron los siguientes: Involucrar al técnico/a intercultural de salud en la referencia de embarazos y partos potencialmente complicados a los servicios de salud gubernamentales. Mejorar el trato del personal médico oficial a las usuarias de los servicios de salud materna con la intermediación del técnico/a intercultural de salud. Y por último incrementar el número de parteras tradicionales a través de la enseñanza por parteras tradicionales experimentadas.

Para la integración de los equipos locales de salud fueron seleccionados 18 aspirantes, según unos criterios previamente establecidos, de dos municipios, Xochistlahuaca y Acatepec, para un total de 17 comunidades, a quienes se les capacitó en las actividades destinadas a participar mediante un Diplomado de Técnicos Interculturales de Salud. Terminaron el curso con aprobación 17 estudiantes, 13 mujeres y 4 hombres con edades entre los 18 y los 44 años.

El curso, de 280 horas, estuvo diseñado con base en experiencias previas de capacitación de agentes interculturales de salud en Colombia y adecuado a las particularidades contextuales de los municipios de las regiones de La Montaña y Costa Chica. El currículo estuvo construido alrededor de tres ejes: Cultura-Naturaleza-Salud que se interconectan para dar cuenta de una visión integral de la salud que alimenta el diálogo entre medicina moderna y sistemas tradicionales de salud desde el nivel del autocuidado.

El Eje de Cultura incluyó una aproximación a las definiciones de Cultura desde las que se ha de fundar el diálogo intercultural; profundización en la caracterización de los sistemas tradicionales de conocimiento como ciencias válidas que han de enfrentar como iguales a la ciencia moderna; aproximación al contexto cultural en México y a la identidad cultural Me'paa, Ñomdaa, Na Savi y Nahuatl, y competencias para identificar, recoger y proteger la tradición oral propia; profundización en los derechos de los pueblos indígenas consagrados por los instrumentos internacionales a los que se ha acogido México y la legislación indígena internacional, nacional y estatal desarrollada a partir de estos; y aproximación a los conceptos de diversidad cultural, valores y principios culturales y educación propia. Así mismo se incluyó un módulo de Internet y contabilidad básicos.

El Eje de Naturaleza enfocó en los fundamentos de ecología y agroecología, con trabajos prácticos tendientes a la elaboración de suelos y un ejercicio de extensión en zona rural de Acapulco para poner en práctica los conocimientos adquiridos; principios de cartografía social y ambiental; aproximación al concepto de diversidad biológica y su relación con la diversidad cultural que se traduce en los territorios de conservación indígena como figura de protección de los territorios indígenas avalado en el ámbito internacional; y el concepto de soberanía alimentaria (en oposición al de seguridad alimentaria) y su íntima conexión con elementos de nutrición pertinente y socialmente aceptada.

El Eje de Salud comenzó con la caracterización del modelo biomédico y se propuso el diálogo con los sistemas tradicionales de salud, que da como resultado la definición de un nuevo modelo ecosistémico, intercultural y fundamentado en el Autocuidado. Se ofreció un módulo de profundización sobre Nutrición que se integró, avanzado el curso, con los módulos de agroecología y soberanía alimentaria. Así mismo, fundamentos de anatomía y fisiología con el módulo de Cuerpo humano como base para las clases de signos vitales, primeros auxilios e inyectología, así como niño

sano y niño enfermo, enfocados específicamente en caracterización y signos de alarma de enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, y enfermedades prevenibles por vacunación. El equipo del CIET ofreció su experiencia en investigación con un módulo de enfermedades prevalentes tales como dengue y chikungunya, alacranismo, enfermedades dermatológicas, enfermedades bucales, diabetes y violencia, orientado específicamente a los aspectos de prevención y promoción. El diplomado se cerró con cuatro días dedicados a ofrecer una visión integral de Salud de la mujer, eje del proyecto de investigación, haciendo particular énfasis en cuidados de menstruación, embarazo, parto y puerperio y señales de alarma de estos momentos claves de la vida de la mujer.

Finalmente, se definieron las tareas del técnico intercultural de salud que se realizarán en los meses que vienen bajo la coordinación de los profesionales del CIET.

a) Trabajo de campo

En el año 2014 se realizaron encuestas en los municipios de Atlixac, Acatepec, San Luis Acatlán y Xochistlahuaca. En cada municipio se aplicaron encuestas en veinte conglomerados (aproximadamente 100 casas contiguas), teniendo un total de ochenta conglomerados. Fueron encuestados 2,000 hogares en cada municipio. El marco muestral se conformó por el listado de la base de datos de comunidades de la Secretaría de Desarrollo Social, teniendo como criterio de inclusión comunidades mayores de 90 viviendas. El muestreo de los conglomerados fue usando los criterios de distancia a la cabecera municipal, tenencia de centro de salud en la comunidad, la proporción de población respecto al total del municipio, y con selección final mediante procedimiento aleatorio en la última fase.

Los resultados de la medición basal sirvieron para caracterizar la situación de la salud materna en cada municipio y fue la base para el proceso de selección aleatoria de los municipios con la intervención. Los principales indicadores para la selección de la intervención se muestran en el Cuadro I.

Cuadro I . Indicadores de las localidades para la selección de la muestra

Sitio No.	Al menos una visita prenatal con médico		Al menos una visita prenatal con partera		Atención de parto en Hospital/CS		Atención de parto con partera		Reporte de complicaciones en el parto		Mujeres que hablan idioma indígena		
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	
MPIO													
Atlixac	225/ 233	9 8	155/ 233	6 7	156/ 234	6 7	70/ 34	2 0	3 0	60/ 32	26	136/ 232	5 9
Acatepec	185/ 193	9 8	177/ 195	9 1	74/ 92	1 9	3 95	98/ 0	1 0	54/ 92	28	189/ 194	9 7
San Luis Acatlán	196/ 203	9 7	158/ 208	7 6	167/ 206	8 1	29/ 05	2 4	1 4	85/ 05	42	124/ 207	6 0
Xochistlahuaca	171/ 175	9 8	105/ 183	5 7	124/ 177	7 0	38/ 85	1 1	2 1	71/ 74	41	165/ 185	8 9

Fuente: *Informe técnico del proyecto de Técnicos Interculturales de Salud*

En el Cuadro I se observa que el municipio con mayor porcentaje de mujeres con al menos una visita prenatal con parteras es el municipio de Acatepec. En este mismo municipio la mitad de esas mujeres atendió su parto con una partera tradicional, la mayoría de las mujeres son hablantes Me'phaa. Cabe destacar que Acatepec es un municipio con menor acceso a los servicios de salud institucionales, con difícil acceso a las comunidades y los servicios de salud gubernamentales existentes les queda muy retirado de sus comunidades.

Por otro lado, tenemos el municipio de San Luis Acatlán donde la mayor parte de las mujeres reportó atender su parto en un hospital o Centro de Salud. Casi la mitad de estas mujeres reportó complicaciones durante su parto.

b) Aportes del proyecto de Técnicos Interculturales de Salud a la partería tradicional

Al final de este proyecto veintiocho parteras tradicionales experimentadas y dos parteros tradicionales, compartieron saberes con cuarenta y cuatro alumnas o aprendices de partería tradicional. Durante el proyecto murieron dos parteras tradicionales del municipio de Acatepec, Guerrero y una del municipio de Xochistlahuaca. Sus aprendices asumieron la responsabilidad en la comunidad de ser las nuevas parteras.

La principal aportación de este proyecto es el rescate y defensa de la partería tradicional. Otra aportación es el respeto al conocimiento y experiencia de las parteras tradicionales. No hubo ningún cuestionamiento sobre sus prácticas, ni a su forma de enseñar, tampoco se recomendaron “mejores prácticas” a ninguno de los procesos. Se considera que la partería tradicional es una forma de preservar los saberes de los

pueblos originarios o indígenas. Para que las mujeres sigan teniendo acceso a este modelo de atención, sobre todo de aquellas que se encuentran en comunidades remotas del estado. Estas comunidades tienen difícil acceso a los servicios de salud y la partería tradicional juega un papel muy importante no solo en la salud, sino también en diversos temas en la comunidad.

Al principio del proyecto a las mujeres jóvenes no les interesaba aprender la partería, pero las parteras influyeron para que reconocieran que muchas ya tenían impedimentos físicos (no podían caminar largas distancias, algunas ya no ven bien) y otras durante el proyecto se vieron afectadas de su salud, de hecho, lamentablemente tres de ellas murieron, así que el tener la necesidad de parteras tradicionales en las comunidades, más mujeres de las esperadas se incorporaron al proyecto.

III. Partería y violencia obstétrica

Consideramos necesaria la sensibilización sobre el tema de violencia obstétrica en el personal de salud a diferentes niveles. Creemos que el análisis y discusión de datos locales con el personal de salud facilitaría la sensibilización. En 2016 el Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, participó en el Estado de Guerrero con el proyecto *La partería en México desde el punto de vista de las usuarias*, coordinado por el Centro de Investigación Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Hicimos entrevistas a 62 usuarias de los diferentes modelos de partería en el Estado, los municipios de residencia de las entrevistadas, en el área rural, fueron principalmente Atlixac (n=17), Chilpancingo (n=11), Xochistlahuaca (n=8) y Acatepec (n=9). Las mujeres del área urbana provinieron principalmente de los municipios de Acapulco (n=15) e Iguala (n=2).

Encontramos que en los hospitales locales existe la restricción para elegir la posición durante el parto y tampoco se permite la presencia de familiares o parteras. Las entrevistadas consideraron que el trato recibido por parte de los prestadores de servicios de salud es frío, discriminatorio, con claras situaciones de maltrato, de violencia obstétrica y de violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, lo cual lleva implícito relaciones de poder y subordinación, entre personal de salud y usuarias. En contraparte, la atención otorgada por las parteras tradicionales fue reportada como respetuosa y cálida.

Con respecto de la atención del parto, diez de los 45 partos (22%) del área rural fueron reportados como partos prematuros, cifra mayor al 12% (2/17) reportado por mujeres urbanas. La mayoría de las mujeres del área rural tuvieron parto

vaginal (87%), casi el doble de lo reportado por las mujeres urbanas (47%). La tabla 3, muestra más detalles de las características de la atención del parto.

Todas las cesáreas del área rural (n=6) fueron programadas, las razones referidas de la indicación de la cesárea fueron: cesárea anterior, no había dolor, se rompió la fuente, así lo prefirió la mujer (2 casos) y bebé muy grande. En el medio urbano, la mitad (3/6) fueron programadas, el reporte de la indicación de la cesárea programada fueron: circular de cordón, no había dolor y por abortos anteriores. La indicación de las cesáreas no programadas fue circular de cordón y rompimiento de la fuente (2 casos).

El modelo de partería utilizado por las mujeres del área rural fue variado, casi la misma proporción de servicio institucional público (24%), servicio institucional particular (22%) y partera tradicional (20%). Sólo se consiguió localizar a cuatro mujeres que se atendieron con el modelo de partería profesional. El 22% de los partos en esta área fue asistido por un familiar, o bien la mujer tuvo sola su parto. En el área urbana predominó la atención del parto en el servicio institucional público (73%). Las características de la atención del parto en las que se detalla el tipo de violencia obstétrica de las usuarias se muestra en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Característica del parto en mujeres de la zona rural y urbana, con un parto en los últimos doce meses, del estado de Guerrero, México. 2016

Característica		Rural		Urbana	
		n= 45	%	n=17	%
Modelo de partería utilizado en el último parto o cesárea	Público	11	24%	13	76%
	Particular	10	22%	3	18%
	Partera tradicional	9	20%		
	Partera profesional	4	9%		
	Partera no específica	1	2%		
	Otro	10	22%	1	6%
Tipo de parto	Parto	39	87%	8	47%
	Cesárea	6	13%	6	35%
Hallazgo de procedimientos de violencia obstétrica	Sólo en mujeres con parto vaginal	39	87%	10	59%
Tipo de procedimiento	Pusieron suero o venoclisis	25	64%	9	90%
	No la dejaron estar como mejor se sentía	16	41%	6	60%
	Le presionaron el abdomen para que saliera el bebé	15	38%	3	30%
	No le dieron agua	14	36%	7	70%
	Le rompieron la fuente	10	26%	5	50%
	Apresuraron el parto	6	15%	3	30%
	Cuatro tactos vaginales o más	5	13%	4	44%
	La rasuraron	3	8%		
	Le pusieron enema	2	5%	2	20%

Fuente: La partería en México desde el punto de vista en las usuarias: Informe de resultados del estado de Guerrero

IV. Propuestas

El análisis de datos locales concretos ofrece un marco de discusión que, al involucrar a los actores en el problema, puede desencadenar estrategias posibles para su solución a propuesta y con la participación de los involucrados.

Proponemos:

- ✚ Reconocer la importante labor de las parteras tradicionales del Estado de Guerrero, para que la atención de partos no complicados disminuya la carga laboral en los hospitales de los servicios de salud.
- ✚ Fomentar la formación de nuevas parteras tradicionales, capacitadas por parteras tradicionales experimentadas, para mantener e incrementar la cobertura con este modelo de atención del parto en comunidades indígenas de difícil acceso geográfico.
- ✚ Incluir la materia de interculturalidad, perspectiva de género y derechos humanos en los programas y planes de estudio desde los bachilleratos y licenciaturas relacionados con la salud, particularmente en las licenciaturas y especialidades de enfermería y medicina.
- ✚ Es necesario la inclusión del personal de salud, trabajadores administrativos y de trabajo social en la sensibilización sobre violencia obstétrica, interculturalidad, perspectiva de género y Derechos Humanos.

V. Bibliografía

World Health Organization, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund (UNICEF) , “Parteras tradicionales: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF” disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/I0665/38859> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 01 de noviembre de 2019.

“Parteras tradicionales declaración OMS/ FNUAP/ UNICEF” disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/I0665/38859/9243561502_spa.pdf;jsessionid=9BA0A20B083EB4ADFB4E805D50176F06?sequence=1 (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 01 de noviembre de 2019.

WIYSONGE C., “Atención por parteras versus otros modelos de atención para mujeres en edad fértil”, Comentario de la BSR (última revisión: 1 de septiembre de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

TEDLA Mulatu Temesgen, et al, “Contribution of traditional birth attendants to the formal health system in Ethiopia: the case of Afar region”, Pan African Medical Journal, disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3587022/> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 01 de noviembre de 2019.

THIDAR Pyone, et al, “Changing the role of the traditional birth attendant in Somaliland”, Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics, disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Changing-the-role-of-the-traditional-birth-in-Pyone-Adaji/9a2e9e25b58fa56e986bbe96fd8b377e2a19c004> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 01 de noviembre de 2019.

JIMÉNEZ S, et al, “Entre la resistencia y la subordinación”, Revista Chilena de Salud Pública, disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/2205/2085> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 01 de noviembre de 2019.

“Entrenamiento de las parteras para mejorar las conductas relacionadas con la salud y los resultados del embarazo”. Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cmacom/es/ (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 02 de noviembre de 2019.

CARDONA Arias, “Sistema médico tradicional de comunidades indígenas”, Revista de Salud Pública, disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642012000400008&lng=en.

(rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 01 de noviembre de 2019.

BORGES Moema da Silva, et al, "La construcción del cuidado de las parteras tradicionales: un conocimiento / obra edificante", Revista Brasileña, disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300013&lng=en.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300013> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 02 de noviembre de 2019.

ALARCÓN A., et al, "Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas", disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562008000200007>.

(rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 02 de noviembre de 2019.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), "el estado de las parteras en el mundo 2014", Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer, disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf

(rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 02 de noviembre de 2018.

GARCIA K., et al, "Focus group with Guatemalan traditional midwives about postpartum hemorrhage", Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare, 2(2); doi:10.9730/ojcnh.org/v2n2a1, (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 02 de noviembre de 2018.

TORNQUIST Carmen, et al, "Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: los cuentos hacen pensar. Intersecciones en Antropología", disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/179514530016> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 02 de noviembre de 2019.

TEDLA Mulatu Temesgen, et al, "Contribution of traditional birth attendants to the formal health system in Ethiopia: the case of Afar region", Medical Journal, disponible en:

<file:///F:/ART.para%20tesis%20PT/Contribution%20of%20traditional%20birth%20attendants%20Etiopia.pdf> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 02 de noviembre de 2019.

DISMAS B Vyagusa, et al, "Involving traditional birth attendants in emergency obstetric care in Tanzania: policy implications of a study of their knowledge and practices in Kigoma Rural District", International Journal for Equity in Health, disponible en:

<https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-83>

(rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 02 de noviembre de 2019.

LAUREANO Jorge, et al, "Ejercicio tradicional de la partería frente a su profesionalización: estudio de caso en Jalisco, México", Facultad Nacional de Salud Pública, disponible en:

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/21179/20782734>

(rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 02 de febrero de 2017.

LAUREANO Jorge, et al, "Perspectiva de las parteras en Jalisco, México, frente al embarazo de alto riesgo: estudio cualitativo", Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia, disponible en:

<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2980>

(rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 02 de febrero de 2017.

LAZA Vásquez Celmira, "Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional", Revista Cubana Salud Pública, disponible en: Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08644662015000300008&lng=es (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 26 de septiembre de 2019.

LAZCANO Ponce, et al, "Cobertura de atención del parto en México", Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna, Revista de Salud Pública, disponible en (5: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5118/4944>

(rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 25 de agosto de 2019.

GARCÍA Castañeda et al, "Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo", Salud Pública de México, disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1993/ene_feb/ene_fen_93_08percepcion.pdf (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 26 de septiembre de 2019.

MÉNDEZ González R., et al, "Comparison of vaginal delivery care between hospital and traditional systems", Salud Publica, disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n2/a07v44n2.pdf> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 2 de octubre de 2019.

DECLARE Mushi, et al, "Effectiveness of community based safe motherhood promoters in improving the utilization of obstetric care, The case of Mtwara Rural District in Tanzania", BMC Pregnancy and Childbirth, disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/14>

MUSI D., et al, "Effectiveness of community based safe motherhood promoters in improving the utilization of obstetric care. The case of Mtwara Rural District in Tanzania", Biomed Central, disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20359341> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 26 de septiembre de 2019.

LAUREANO Jorge, et al, "The traditional practice of midwifery and its professionalization: a case study in Jalisco, México", Revista de Salud Pública, disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2016000300275&script=sci_abstract&tlng=es

(rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 2 de septiembre de 2019.

LAZA Vázquez et al, "Between the necessity and the faith. the traditional midwives of the valley of the Cimitarra river", *Ciencia y enfermería*, disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000100005&lang=es (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 2 de septiembre de 2019.

GHAZI Tabatabaie et al, "Home birth and barriers to referring women with obstetric complications to hospitals: a mixed methods study in Zahedan, southeastern Iran". *Reproductive Health*, disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22433468> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 2 de septiembre de 2019.

BLANCO Muñoz et al, "Tolerance and resistance: abortion from the point of view of traditional midwives in a rural area of Mexico", *Salud Pública* <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n4/0459.pdf> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 3 de noviembre 2019.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2019.

PELCASTRE B., et al, "Pregnancy, delivery and puerperium: beliefs and practices of midwives in san Luis Potosí, México", *Revista Escuela de Enfermería*.

PIMENTA Déborah, et al, "The work performed by the childbirth midwives: an integrative review", *Revista electronica trimestral de enfermería*.

CASTAÑEDA Camey, "Pregnancy, delivery and puerperium: Concepts and practices of traditional birth attendants in the state of Morelos", *Salud Publica Mexico*, disponible en: <file:///C:/Users/CIET12/Downloads/5615-8898-2-PB.pdf> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 31 de agosto de 2019.

LAZCANO Ponce, et al, "Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna", disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5118/4944> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 25 de agosto 2019.

Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional. Secretaría de Salud, disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 26 de septiembre de 2019.

CARVAJAL Barona Rocío, et al, "Academic and political outlook to traditional midwives in Latin America", *Revista Cubana Salud Pública*, disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300012&lng=es. (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 8 de noviembre 2019.

SALDAÑA Herrera Vianey, "Resultados de Guerrero: la partería en México desde el punto de vista de las usuarias, CIESAS, disponible en: https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/RE_GUE.pdf (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 16 de septiembre de 2018.

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, ENAID, 2017, disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enaid/2017/doc/resultados_enaid18.pdf (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 16 de mayo de 2019.

Observatorio DE Mortalidad Materna en México, disponible en: <https://public.tableau.com/profile/graciela.freyermuth#!/vizhome/Mapa17de2017/DashboardI-17y17de2017> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 13 de abril de 2017.

Catálogo de comunidades del estado de Guerrero, disponible en: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/Default.aspx> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 13 de abril de 2017.

CAPÍTULO II

PARTERAS TRADICIONALES EN MÉXICO Y EN LAS AMÉRICAS: SU VOZ Y SU PALABRA

Ofelia Pérez Ruiz



**OFELIA PÉREZ
PARTERA TRADICIONAL
CHIAPAS**

¿Cómo se llega a ser partera tradicional?

Se llega a través de la transmisión de saberes ancestrales, de nuestras abuelas, mamás, por las necesidades de la población, de las mismas mujeres en edad reproductiva, muchas ya nacen con el don de ser parteras; yo no sabía que iba ser partera, lo descubrí después de ser elegida como promotora de salud sexual y reproductiva en mi comunidad, precisamente por ver las necesidades de muchas mujeres en las comunidades más lejanas, por falta de atención médica, falta de centros de salud en las comunidades indígenas.

Durante mi formación de promotora en Formación y Capacitación A.C, fui descubriendo que tengo el don ser partera, al principio no entendía nada, hasta que yo soñé como tenía que revisar una mujer durante el embarazo, parto y después de parto. También empecé a recordar que acompañaba a mi abuela a los partos y a curar espiritualmente. Cuando era niña me mandaba a traer plantas medicinales y me

orientaba como tenía que ayudar cuando se llega a necesitar algo por alguna persona generalmente mujeres.

Así se transmite la sabiduría, depende de una misma y de quien transmite los saberes; este don es muy especial, es algo que es difícil de explicar, pero se sabe que es propio de cada una.

¿Qué tan importante es la partería tradicional en su comunidad?

Para las mujeres de mi comunidad, la partería tradicional es propia de la medicina tradicional y esencial para las mujeres indígenas, rurales y urbanas, porque es parte de la cultura, considerada como un “sistema completo de salud”; éste sistema cuenta con todo un modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y después de parto, para el recién nacido y para la familia.

La partería no solo es atención durante el embarazo, parto y después de parto, sino que el trabajo es más amplio. Da seguimiento hasta que sean grandes los bebés, se cura de empacho, de ojo, se sube la matriz cuando la tienen caída, para que se embaracen cuando tienen problemas de infertilidad; dan plantas medicinales cuando se enferman de vías respiratorias, de enfermedades digestivas, se orienta a la familia y a la pareja. La partera es líder y tomadora de decisiones en las comunidades.

¿Cuál es la situación actual de las parteras tradicionales en México?

La situación actual de las parteras ha sido muy difícil, hay parteras que han dejado de seguir ejerciendo, esto por las amenazas que hemos recibido la mayoría, no nos dan el certificado de nacimiento, la mayoría somos perseguidas para ya no seguir atendiendo partos, se considera marginal, prohíben nuestro trabajo y no se sabe cuál es su labor, ni su valor para las mujeres, familias y comunidades.

La violencia de nuestros derechos como mujeres y parteras, es algo con lo que nos hemos enfrentado, como lo es la baja calidad de atención a mujeres durante el embarazo, parto y después de parto dentro de los hospitales ya que su infraestructura no cuenta con la capacidad suficiente y con los insumos necesarios para recibir a un número significativo de mujeres en trabajo de parto, con ello se ha aumentado la morbilidad materna y neonatal dentro de los hospitales, así como también el maltrato hacia a las mujeres, más si son hablantes de lengua materna y pertenecientes a pueblos originarios. Desde la toma de decisiones de su propio cuerpo, ya que no tienen el derecho a decidir con quién y donde atender su parto, son obligadas a ser atendidas por médicas y médicos en los hospitales, bajo amenazas y metiéndoles miedos: “si se queda en su casa o si se atiende con partera se va morir”.

Los médicos no toman en cuenta ni respetan a las parteras, no hay una coordinación conjunta de parteras y médicos. Hay muchas dificultades en los traslados (no hay ambulancias y tampoco hay suficiente personal de salud en las clínicas); hay pocos servicios de salud en los municipios, comunidades y colonias y; los que hay, no funcionan bien. No hay un abastecimiento de material para atención de parto, para apoyo de las parteras. La mayoría de las parteras, tienen en sus manos conocimientos de las plantas y la sabiduría de su uso, por ello, algunas no solicitan cierto tipo de material.

Por tal motivo muchas parteras se dieron cuenta que estamos siendo olvidadas, nos han amenazados, nos persiguen por ejercer esta labor valiosa, que está arraigada en nuestra sangre, en persona, pueblos y que es parte de nuestras culturas (ya que son diversas). Nos hemos empezado a organizar, para defender la partería a toda costa e informarles a las mujeres sobre sus derechos, y la importancia de seguirse atendiendo con las parteras, “de acuerdo con el Convenio I69 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y tribales Independientes en 1990, se suscrita defender y proteger los derechos que tienen los pueblos indígenas de utilizar su medicina tradicional federal y partería tradicional”.

Nos organizamos con el apoyo de otras organizaciones que apoyan el tema de partería y por la salud de las mujeres, así como empezamos a organizarnos como Movimiento de Parteras de Chiapas *Nich Ixim*.

¿Cuáles son los retos que tiene la partería tradicional en México?

Nuestro reto es luchar para que la partería no se acabe, seguir transmitiendo los saberes ancestrales, organizarnos para defender la partería vinculando con otras organizaciones de parteras de Chiapas, en otros estados y México; así mismo respetarnos, reconocernos en común las luchas, apoyarnos mutuamente, sabemos que tenemos muchas cosas en común para la defensa, para la preservación y enriquecimiento de los saberes que tenemos, así como en la defensa y logros de los derechos de todas las mujeres, principalmente las que acompañemos como parteras y parteros. Por lo cual, el Movimiento de Parteras de Chiapas *Nich Ixim*, tenemos que seguir dando seguimiento a nuestras estrategias y demandas, esto es un gran reto, nuestras exigencias, son los siguientes:

- ✚ El reconocimiento de la partería tradicional como una forma de atención del embarazo, parto y puerperio culturalmente respetuosa, no violenta y segura para las mujeres y los recién nacidos.
- ✚ Al sector salud y al Registro Civil que las parteras tradicionales podamos expedir las constancias/hojas de alumbramiento sin

condicionamientos y que los certificados de nacimiento registren fielmente los partos que atendemos, independientemente de que las parteras estén o no registradas/certificadas o con credencial emitida por la Secretaría de Salud. Esto es fundamental para eliminar el subregistro de atención de partos por parteras, visibilizar su aporte a la salud de la población y reconocer la relevancia y vitalidad de su trabajo.

- ✚ Que se respete y se garantice el derecho de las mujeres a ser atendidas de acuerdo a sus creencias, costumbres, con quien ellas decidan, en el lugar que elijan y de forma segura, sin ningún tipo de condicionamiento.
- ✚ Servicios de salud de calidad y con integralidad, sin discriminación, pertinentes y respetuosos de la cultura de las mujeres y los recién nacidos, así como acceso a estos servicios en lugares alejados y unidades de primer nivel de atención con recursos y personal suficiente.
- ✚ El derecho a seguir ejerciendo la partería tradicional sin amenazas, prohibiciones, coerciones de instituciones públicas, dando cumplimiento a los marcos normativos nacionales e internacionales que reconocen el derecho de los pueblos al uso de la medicina tradicional.
- ✚ El derecho a la protección, conservación y transmisión de los conocimientos ancestrales que tenemos las parteras tradicionales a las nuevas generaciones de los pueblos originarios y pueblos afroamericanos, y el reconocimiento de la partería como un derecho humano y cultural.
- ✚ Las parteras tradicionales que así lo consideren conveniente dependiendo de su contexto, como una forma de reconocimiento a su trabajo, sus saberes ancestrales, así como el aporte al cuidado integral de las mujeres y sus comunidades, puedan tener un estímulo económico sin condicionamientos, ni limitaciones o control por parte de las instituciones de salud, programas y partidos políticos.

¿Cuáles son las oportunidades que tiene la partería tradicional en México?

Las oportunidades que tenemos como parteras, son todos los saberes que tenemos arraigados, es difícil que se pierda, a pesar de tantas dificultades que tenemos para ejercer esta labor, seguiremos en pie, lucharemos para defender esta sabiduría, transmitiremos a otras mujeres jóvenes que desean seguir con este don de ser partera.

¿Cuáles son las propuestas que tiene para preservar la partería tradicional en México?

Que las instituciones de salud reconozcan la labor de las parteras como una institución cultural. Que los saberes culturales pueden conjugar con los saberes médicos, para no perder la cosmovisión cultural, es reconocer otras dimensiones del saber y a la partería como parte de un sistema médico indígena.

Dar seguimiento a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, hacer un diálogo entre los saberes médicos de ambos sistemas, pero en un plano de igualdad. Que tengan condiciones para que, cuando las parteras reconozcan que a una mujer no la pueden atender por sus complicaciones, se le pueda dar otra atención de calidad sin amenazas y maltratos.

Tener un sistema de comunicación efectivo entre médicos y parteras, y sobre todo que puedan elegir si o no derivarán a sus pacientes. Que los médicos y médicas se capaciten y sensibilicen, entender nuestras culturas, que reconozcan y respeten nuestros trabajos, así como nosotras respetemos sus trabajos.

Ofelia Pérez Ruiz

Coordinadora del Programa de Salud Integral y Género
Formación y Capacitación A.C
Vocera del Movimiento de Parteras de Chiapas
Nich Ixim

Jocelyn González Espino



JOCELYN GONZÁLEZ ESPINO*
PARTERA EN LA TRADICIÓN
QUERÉTARO

Abordar el tema de la partería tradicional o partera en la tradición, nos invita a recordar que esto alude al conjunto de costumbres, prácticas, valores, saberes y creencias que son transmitidos de generación en generación y que hacen parte de la cultura de una comunidad. Es una invitación a sentir y dar lugar a memorias ancestrales, a los linajes, a los arquetipos, a escuchar a nuestra tierra que nos pide resguardar un momento único: el nacimiento, que está lleno de conversiones y que hay que cuidar.

Pero ahora tenemos partera tradicional es quien sigue un modelo como el antes mencionado; partera en la tradición que practica los rituales ancestrales; partera profesional que estudio en una escuela e idealmente recibe cedula, partera de linaje quien es segunda, tercera, cuarta partera dentro de esa misma familia; partera urbana que acompaña nacimientos dentro de la ciudad o capital de un estado; partera rural la que está en un municipio o comunidad del estado; partera activista que publica, genera polémica y estudias las normativas actuales; partera guerrillera que hace movimientos fuertes para promover nuevas iniciativas; partera holística que además de todo lo anterior usa otras alternativas y partera cuántica que integra hasta la epigenética y las memorias transgeneracionales, entendiendo que el amor sana más allá del espacio y el tiempo. La partería misma está en evolución.

La partería en la tradición acompaña a la mujer y hombre gestantes más allá del proceso físico, escucha las historias de linaje, las considera como parte de un todo, un continuo de la vida; además de contener al cuerpo emocional, energético, físico, psicológico. Trabajando dentro de un espacio íntimo y seguro como es la casa de la pareja/familia en conversión. Haciendo uso de plantas, teniendo a la mano el conocimiento de los ciclos lunares, los cuatro elementos como son: tierra, fuego, aire, agua; usa el rebozo para abrazar, mecer, sostener, apretar; el temazcal para calentar el

útero, la energía vital de esta pareja que se pare hacia una nueva vida como parte de las herramientas de acompañamiento antes de embarazarse, durante el embarazo y trabajo de parto o hasta el postparto, cuenta con la sobada de vientre para acomodar el útero, dar una mejor posición, al bebe o simplemente relajar y escuchar ese latido vital que transmite información, el baño postparto para agradecer al cuerpo, así como la cerrada de cadera que cierra un ciclo de vida y prepara para la crianza, ser sostén.

El ser partera en la tradición , implica por lo menos un entrenamiento acompañada con una partera que tiene más experiencia, donde se estudia con cuidado y por años la fisiología del embarazo, el parto y el postparto o exogestación, reconociendo los millones de años de perfeccionamiento biológico que existe, se aprende método de atención y damos educación perinatal, que se puede esperar mes a mes, cuáles serán las señales de trabajo de parto así como reconocer señales de alarma, la elaboración de historias clínicas amplias, se tienen herramientas para diagnosticar a la paciente de bajo riesgo; dentro de la formación continua las parteras de mayor linaje enseñan como: cuidar la salud materna a través de dar guías de alimentación y nutrir en un sentido más amplio al cuerpo, promover movimientos que favorezcan el parto, estrategias continuas para evitar desgarros, ayudar a generar espacios de profunda intimidad para favorecer la segregación de hormonas del parto, además echar mano de toda herramienta extra que nos permita reconfortar a la mujer como el uso del rebozo, el frio o el calor, la inmersión a la tina de agua o usar la regadera con agua caliente, masajes, el banco de parto, la pelota, el abrazo, nos permitimos acompañar desde la posición que elija la mujer, nos adaptamos a su hogar, a su decisión, respetando ritmos y tiempos.

Todo lo anterior toma importancia cuando se busca regular la práctica y el ejercicio de la partería desde la visión de un sistema médico occidental, en el cual existe una cultura de la mortificación, desde esa visión el embarazo, parto o nacimiento y postparto, es una condición que se puede complicar, por lo cual hay que actuar y hay una serie de intervenciones médicas de rutina bien conocidas y estandarizadas, las cuales en la recientes investigaciones, actualizaciones a las diferentes normas o recomendaciones internacionales se exhorta a cambiar las practicas, disminuir los índices de violencia obstétrica, bajar las tasas de cesárea. Por lo cual la pregunta que surge es: quien certifica a quien y desde donde quiero certificar a la partería desde competencias clínicas o desde el conocimiento del proceso fisiológico y los saberes tradicionales. Porque el modelo que hay ahora de certificar a las parteras me parece más una estrategia de control y conquista de la partería, más que de formación de lazos entre parteras y médicos. Pues es complicado para nosotras entrar a la estructura del modelo medico occidental, lineal, generalizando; nos provoca incomodidad y desconexión de lo que sabemos a lo que nos evalúan desde lo teórico, pues lo que

vemos en la práctica, es fisiología, no intervenimos a menos que sea necesario. En general si a las mujeres se les da tiempo, espacio, intimidad saben cómo parir.

Otro de los obstáculos que existen está en el reconocimiento de la partería como parte del sistema de salud en el primer nivel, pues somos ese primer contacto que las mujeres-parejas buscan por ser mujeres en la gran mayoría, por dedicarles tiempo a escuchar lo que están viviendo más allá de los síntomas físicos, por generar espacios de intimidad, seguros, confortables, cotidianos. Y al no haber ese reconocimiento, no hay enlace, comunicación y seguimiento dentro de la atención de segundo nivel; pues si alguna vez trasladamos o referimos nos dejan fuera del área clínica, sin darse cuenta que estamos ahí para dar continuidad, seguridad y confianza a nuestra paciente y al propio nacimiento; buscamos poder ser un puente de comunicación, un acompañante profesional que no entorpeceremos sino sumaremos esfuerzos para llegar al mismo fin común que es el bienestar de mama-bebe. Porque al salir del hospital somos las que damos seguimiento postparto a domicilio de esta familia en formación. Es importante enfatizar en que se sane el prejuicio social que hay hacia nosotras las parteras, pues en las ocasiones en que derivamos o trasladamos al hospital al ver que la referencia es dada por una partera, se anula la información y empieza la revisión de las pacientes, perdiéndose tiempo valioso y poniendo en tela de juicio si es verdad lo que estamos diagnosticando.

Dentro de las oportunidades que he podido observar a través de esta necesidad de ser reconocidas y tomadas en cuenta dentro del sistema médico, las parteras nos adaptamos con rapidez a los cambios en las practicas que se van pidiendo, nos sometemos a las nuevas formas de certificación/control que nos solicitan para poder seguir ejerciendo la partería; cuando se han quitado certificados de nacimiento las parteras han estado dispuestas acompañar el embarazo, parte del trabajo de parto y dejar que los médicos reciban a los bebes, es decir, se hagan cargo del periodo expulsivo o nacimiento; como ocurre en algunos de los hospitales interculturales que tenemos, aunque después damos continuidad en casa en el postparto que el sistema médico no acoge.

Con respecto al proceso de certificación como partera tradicional a nivel federal, el examen está basado en la "norma de competencia laboral", la cual pide identificar señales de alarma, saber esterilizar instrumental, colocación de campo estéril y reconocer que todo fuera de esa norma hay que derivarlo, trasladarlo, referirlo, dejándonos fuera de la atención de la pareja, es un tanto limitante; además de que piden que firmemos un documento que nos comprometemos a no utilizar plantas. Creo que en este punto hay un gran desconocimiento hacia el trabajo que las diferentes universidades han hecho en términos de fitoterapia, donde esta descrita dosis, indicaciones terapéuticas, contraindicaciones y vías de administración. Pero regresando

al tema de la certificación, uno de los requisitos es tener una educación media o media superior inconclusa, esto me hace ruido porque es discriminatorio pues quien aplica las certificaciones es la Secretaría de Salud, además de que me hace sentir que es una forma de tener un gremio a quien poder echar la culpa cuando salgo mal, por el bajo nivel escolarizado que presenta y siendo objeto de observaciones con lupa del desarrollo de la práctica de la partería. Siendo que, si bien no hay una universidad de partería tradicional, las parteras todo el tiempo estamos en formación continua a través de encuentros, generamos círculos de parteras, retiros de una semana de inmersión completa.

También veo como las políticas públicas son de aplicación diferente dependiendo del estado, municipio con respecto a la partería, pues trabajo en los estados de Querétaro, Guanajuato, límites de Jalisco, Veracruz y todo lugar al que me inviten las parejas. Y por nombrar un ejemplo en el estado de Guanajuato me negaron certificado de nacimiento, porque cito textual como me lo escribieron en el oficio No 5005 en el cual versa en el punto 2: *“en el estado de Guanajuato no está permitido atender partos en casa, solo se autoriza en establecimientos de atención medica que cuenta con licencia sanitaria”*; en donde para dar solución me mandaron al hospital de especialidades del niño y la mujer de la Ciudad de León a los dos días de haber nacido el recién nacido exponiéndolo a un ambiente microbiológico diferente, nos tuvieron 4 horas en espera y al final yo llene el certificado por no haber medico disponible para hacer el papel y el cual fue sellado por el hospital. Todo lo anterior es relevante si consideramos que Guanajuato es uno de los estados de la República mexicana que cuenta con escuela de partería profesional C.A.S.A, la cual otorga certificado y cedula profesional; entonces surge nuevamente preguntas: ¿dónde pueden ejercer esas parteras que está produciendo/egresando el estado? Estamos frente a un subregistro de los nacimientos en casa dentro del estado de Guanajuato porque quien tiene que estar facilitando los certificados de nacimiento es el hospital de C.A.S.A. a las parteras egresadas? Y aunado a esto el coordinador estatal del departamento de estadística, mencionó: Secretaría de Salud está trabajando para erradicar a las parteras en Guanajuato, si aún hay parteras pondríamos un nuevo centro de salud en ese lugar.

En otro de los estados me hicieron la exhortación escrita a través de un oficio a considerar los posibles riesgos que la práctica de atención del parto en casa implica para la salud y la vida de las pacientes y su recién nacidos; he de confesar esta invitación me encanto, porque me puse a pensar a cuantos ginecólogos les envían esta exhortación para bajar el índice de cesáreas en su práctica privada diaria, reconociendo que si bien es una cirugía segura, rápida, que salva vidas; no deja de tener un riesgo al ser una cirugía mayor, vemos indicirlas de manera innecesarias, por tercera, cuarta o hasta quinta vez, o acompañarla de histerectomía o salpingoclasia para evitar una nueva

cesárea después de un tercer o cuarto hijo, justificada por paridad completa, pero a veces propuesta en la misma sala quirúrgica, en un estado vulnerable, violando así el derecho a la libre elección de cuántos hijos deseas tener. Ojo, hago referencia a los procedimientos electivos, no de urgencia, que ahí no cuestionaremos el proceder.

Las parteras necesitamos salir a la luz, dejar de sentir que hacemos algo mal, por la observación-persecución que constantemente nos hacen, es momento de tener un espacio de trabajo digno que garantice también nuestros derechos y no solo las obligaciones.

Pese a lo anterior, veo como una gran oportunidad de cambio y fortalecimiento al trinomio mama-bebe-papa, se le reconozca como únicos y con necesidades específicas, a los cuales tenemos que escuchar en sentido físico, humano; además de regresar la autonomía a esta familia en formación, a través de promover la CORRESPONSABILIDAD, en donde ellos tendrán que comprometerse con su gestación para tener mejores experiencias de nacimiento y crianza, prepararse para tomar decisiones informadas, buscar prestadores de salud que respeten sus peticiones además de tener practicas amigables al nacimiento, así como poder elegir donde, cuando y con quien parir. Las parteras facilitamos el trabajo de los médicos para que no se saturen los servicios de primer nivel y efectivamente puedan dedicarse a ver las mujeres que necesitan asistencia por ser casos complejos. Pues al dar una atención personal podemos detectar rápidamente las complicaciones o las que necesitan ser trasladadas; generando una red común que disminuya la morbilidad y mortalidad materna.

Fortalecer la EDUCACION prenatal para generar mujeres que conozcan su cuerpo y reconozcan señales también de normalidad en el proceso embarazo, parto y postparto, pues ahora escuchamos a las mujeres recitan las señales de alarma, tener miedo a parir y al dolor; también poder generar espacios amigables de labor de parto, en los cuales puedan estar para transitar el trabajo de parto en un lugar seguro, como lo es su casa, teniendo una red externa de apoyo por si se necesitara algún traslado.

Cuando no quieran estar en casa o no deban estar fuera del área hospitalaria, contar con un espacio para avanzar en su labor de parto dentro de los hospitales, generando un filtro para evitar la sobrepoblación en las áreas quirúrgicas, en estos espacios de labor pueden encontrarse promotoras de salud materna, parteras, enfermeras obstétricas y hasta doulas para colaborar con la contención, movimiento, avance y monitoreo del trabajo de parto, mejorando el nivel de atención, reduciendo el uso de medicamentos para el dolor, tener estancias más cortas dentro del área quirúrgica y hospitalaria.

Otra de las oportunidades es generar espacios de encuentro entre médicos y parteras, enfermeras y parteras, promotoras de salud y parteras, para conocer nuestra labor real, lo que si hacemos, fortalecer la educación continua de manera bilateral, es decir, la parte medica enseñado que hacer en caso de presentarse una emergencia y nosotras que hacer para evitar intervenciones médicas de rutina; tener personal de enlace en los diferentes hospitales y centros de salud que conozcan a las parteras de la ciudad y comunidades para agilizar la recepción de pacientes.

Aún hay mucho trabajo que hacer entre el mismo gremio de parteras, el sistema de salud, los médicos, las políticas de nuestro país; seguir estudiando las formas de “regular”, “normar”, “certificar” las nuevas formas de acompañar a las mujeres embarazadas.

Lo que si hacemos las parteras es permitir que cada mujer-bebe-hombre puedan NACER A SU MANERA, siendo protagonistas de su parto con libertad, dignidad y empoderamiento, ofreciendo una nueva bienvenida a esta familia que nace.

Por ultimo quisiera anotar una frase de la partera Agnes Gereb dice:

“La libertad de un país puede medirse por la libertad del nacimiento”

Y del gineco-obstetra Michel Odent dice:

“Para cambiar al mundo hay que cambiar la forma de nacer”

*Jocelyn González Espino
Partera en la Tradición
Estado de Querétaro



**APOLONIA PLÁCIDO
VALERIO***
**ACOMPÑANTE DE
PARTERA
GUERRERO**

Apolonia Plácido Valerio

Mi nombre es Apolonia Plácido Valerio, te voy hacer sincera no soy partera, siempre he acompañado a las parteras, siempre he salido a defender sus derechos pero no soy partera, yo soy una persona que las defiendo y que siempre donde he ido en todos los eventos siempre las defiendo, hablo con ellas porque en la casa de la mujer indígena hay una red de parteras tradicionales y profesionales y nosotros como estamos al frente de esta organización siempre las hemos defendido por la discriminación que han pasado.

¿Cómo se descubren como parteras?

Ellas, aunque no fueron a la escuela, ellas aprendieron de sus ancestras, de sus mamas, de sus abuelas, de su tía, de su suegra, de su familiar, de su amiga, de su comadre quien les enseñó, entonces esto de ser partera ellas se formaron a través de generación en generación y sus ancestras les enseñaron la práctica de ser partera.

¿Qué tan importante es la partería tradicional en las comunidades?

En la comunidad en el pueblo indígena la partería tradicional es muy importante, porque las mujeres indígenas que no pueden hablar el español que no lo hablan, ellas primero recurren con una partera desde el inicio embarazo, desde los 3 meses hasta 4 meses desde que se embarazan, ellas acuden con una partera para buscarla para que le acomode al bebe para que le sigan dando seguimiento cada mes, buscan a la partera desde que inician hasta los 9 meses que terminan hasta que el bebé nazca y buscan a las parteras porque les tienen confianza porque son de la comunidad, las parteras tradicionales les tienen confianza por lo mismo de qué hablan la misma lengua que ellas entonces buscan a una partera porque una partera tradicional sabe identificar un parto cuando está mal, sabe identificar a una mujer embarazada cuando viene mal su bebe o está atravesado o vienen sentados una partera tradicional lo acomoda a través

de un rebozo a través de un ritual que ella se conecta con la madre tierra, se conecta con el universo, se conecta con el agua con el aire, con la naturaleza entonces, ellas están conectadas con la madre con el espíritu del ritual entonces esa es la parte que ella les ayuda y a través de sus ancestras.

¿Son reconocidas por la comunidad?

Si son reconocidas por la comunidad, el trabajo que hacen las parteras es reconocido por la comunidad porque las comunidades saben que una partera acomoda un bebé y acomodan un bebé cuando viene atravesado o como cuando está mal lo identifican, también es reconocida por la comunidad; pero no tienen un gran pago que digamos cobran mil, dos mil o tres, 5 mil 10 mil o 30 mil no lo cobran, solo alguna gente que sí reconocen y saben que ella hacen un gran trabajo, pues le dan a cambio de un litro de maíz, un litro de frijol, o una gallina, los que pueden le dan \$100 \$300 o hasta \$400 o hasta \$500 le dan, pero solo algunos, pero ellas lo hacen con su corazón, con su voluntad de querer apoyar a las mujeres porque la sabiduría que les dejó sus ancestras y que no lo ven como un negocio de mucho dinero de hacerse ricas, sino que al apoyar a una mujer embarazada ellas se sienten bien con lo que están haciendo.

¿Las parteras juegan algún otro rol en su comunidad?

Solo son principales, son mujeres reconocidas como autoridad de su sabiduría como una anciana consejera que representa que se sabe que tiene mucha sabiduría la ven como una anciana que tiene mucha sabiduría de lo que ha atendido; ha hecho mucha labor reconocida, pero sin que tenga una recompensa, sino que reconocida por el pueblo si está reconocida que son partera y la busca y saben dónde están las ubican.

¿Cómo dirías tú qué es la situación actual de las parteras?

De la situación actual, hemos tenido muchos encuentros tanto en la Ciudad de México como en Chiapas y en Guerrero y en Oaxaca donde se discutió fuertemente sobre la partería tradicional. Se están sacando varias propuestas de cómo la Secretaría de Salud respete lo que es la partería tradicional porque es la sabiduría de nuestros ancestros, pero también se ha sacado mucho la discusión de que también algunas parteras tradicionales han dicho que también merecen como un derecho, que merecen tener un estímulo de parte del Gobierno Federal; que haya recurso etiquetado como un estímulo para ellas, que no es una paga, por qué una paga va a ser quincenal por quincena y no se está buscando eso, sino que se está buscando que sean reconocida y

valorada por el Gobierno Federal, el Gobierno Estatal, en sí los 3 niveles de gobierno para que también ella se sientan bien.

Porque en México están en peligro las parteras tradicionales, porque pueden desaparecer por lo mismo que la misma institución de la Secretaría de Salud ha discriminado y siguen discriminando a las parteras; las siguen amenazando y siguen echándole la culpa, cuando una mujer se le complica algún riesgo de parto y llegan al hospital y dicen los doctores seguramente que ya te fuiste con una partera, fuiste manipulada por la partera y así hacen su informe y cuando canalizan a una mujer por ejemplo, si en San Luis Acatlán donde estamos es un hospital básico comunitario se canaliza a Ometepepec o Acapulco y el informe que ellos (las o los doctores) hacen al canalizar a una mujer que se complicó, anotan “ha pues fue manipulada por una partera tradicional”.

Entonces, ese es un crimen que están sufriendo las parteras tradicionales el crimen de la institución es una triple discriminación que le han hecho y por eso las jóvenes y las nuevas generaciones de hoy ya no quieren actuar ya no quieren y aprender de la partera tradicional, porque no hay paga porque son discriminadas, no tiene paga no tiene algo de valor que el Gobierno reconozca como un derecho de que ellas tienen derecho a tener un estímulo de pago de los trabajos y de la labor que hacen a la comunidad.

Algunas parteras han sido capacitadas por la Secretaría de Salud, y en la Norma de la Secretaría de salud está, que hay recurso etiquetado para la partería tradicional, pero no lo aplican sino que lo aplican para otros materiales que ellos compran, y se debería usar para darle un estímulo o una beca a la partera, por eso lo actual de este momento de este tiempo, es que las jóvenes ya no quieren aprender las jóvenes dicen que ya no aprenden porque las parteras tradicionales han sido criminalizadas han sido discriminadas, han sido rechazadas, la Secretaria de Salud las ha rechazado. Aunque no todos, yo le puedo decir que no todas las secretarias de salud son malos, hay jefes que si están de acuerdo con el tema de la partería tradicional y la interculturalidad.

Porque los doctores de la Secretaría de Salud y la partería tradicional pues pueden ir de la mano si ellos quieren que se trabaje de manera coordinada, pero hay otros, que no lo permiten, ellos dicen que son los que saben más, hay mucha criminalización y discriminación de estas parteras.

Entonces lo actual es ese problema que está, entonces los de la Secretaría los meros jefes que están arriba dicen si el tema de la interculturalidad, si lo dice y lo saben, pero desde abajo los centros de salud, por ejemplo aquí en San Luis Acatlán en el hospital básico comunitario, no ha sido reconocida la partería tradicional, siempre juzgan a las parteras siempre, dicen que las parteras son malas, que mullugan al bebé, pero allá

arriba si están de acuerdo los de la Secretaría Estatal, de la Jurisdicción también si están de acuerdo, pero donde no están de acuerdo son los doctores que se rodean con la gente indígena, la gente indígena tlapaneca y mixteca, entonces hay mucha discriminación.

En el 2011 a nosotros como Casa de la Mujer el hospital básico comunitario de San Luis nos mandó un oficio donde el director dijo que nosotros no podíamos atender partos aquí en la Casa de la Mujer Indígena, pero nosotros en ese momento que nos pusieron ese tope nosotros no nos quedamos con las manos cruzadas. Fui, me invitaron a un evento en México, llevé ese oficio que me dio el doctor, el director y lo enseñé allá en México con la Secretaría de Salud donde les dije que nos estaban imponiendo de que las parteras tradicionales ya no atendieran parto. Entonces desde ahí arriba desde México la Secretaria de Medicina tradicional de México llamaron al hospital de aquí de San Luis y le dijeron que por qué estaba haciendo eso y seguimos aunque nos pusieron ese tope nosotros no cerramos y no nos dejamos, seguimos atendiendo partos seguimos recibiendo bebés que nace aquí en la Casa de la Mujer Indígena (CAMI) seguimos atendiendo el parto, a pesar de que se ha discriminado y rechazado a la parteras, porque a las mujeres también se le respeta el derecho cuando una mujer dice yo me quiero atender con una partera tradicional se le respeta y se atiende aquí.

Entonces tenemos una situación crítica porque también la Secretaría no ha venido a capacitar, requiere el tema de sensibilización de talleres de sensibilización con los médicos y enfermeras sobre el tema de la interculturalidad que nosotros los pueblos indígenas tenemos derecho de como de cómo parir, nosotras las mujeres indígenas parimos hincada, parada o acostada como quieran pero es un derecho de decidir y ellos no lo llegan a entender yo creo que ellos todavía no saben los artículos y no saben respetar la decisión de una mujer de la posición de cómo se quiera atender sino que nomás llega y le imponen a una mujer en la cama y le ponen aire acondicionado y acuéstate y a cada rato les están haciendo tacto, revisando entonces son situaciones muy fuertemente hacia ellas y una mujer indígena pues no están dispuesta a eso, porque el pueblo indígena tiene su cultura de interculturalidad de cómo atenderse por ejemplo un bebé cuando nace de la mano de una partera, una partera recibe un bebé y nace con todo y placenta cuando nace bien, la placenta nosotros los pueblos indígenas tenemos una historia de que la placenta tenemos 3 formas diferentes de cómo se aplica la placenta, la primero formas es que la placenta hay personas que la entierran la enredan en un pedazo de trapo nuevo y lo entierran debajo de la tierra, la otra forma de que también hay personas que dicen yo lo voy a colgar arriba de un árbol en una jícara de planta que se da por acá ahí pongo la placenta lo tapó bien y le hago hoyo a la jícara y lo cuelgo arriba de un palo, eso tiene su significado, hay otras personas que

dicen yo lo voy a llevar a un río Arroyo grande donde va mucha agua, donde corre mucha agua lo voy a lavar y lo voy a despedazar de poquito a poquito y se lo va a llevar el agua, esas 3 partes lo manejan los pueblos originarios de esta parte, porque si lo dejas así y la placenta la tira al perro o al zopilote pues el niño se enferma porque la placenta es un sagrado para nosotros los pueblos indígenas y lo tenemos que cuidar para que el niño no se enferme y para que el niño esté sano.

En los hospitales no ven eso, los hospitales nomás llegas te atiendes tu parto o si te hacen la cesárea y lo que hacen con la placenta lo tiran a la basura o lo revuelven con todo los plásticos y guantes desechables todo lo echan en una bolsa y se va con todo y basura ni siquiera saben que es un sagrado la placenta y que mucho de lo que nosotros hemos visto aquí en la CAMI que es la casa de la mujer donde se han atendido partos es que alrededor de la casa hay muchísimas placentas enterrada porque la gente de nuestro pueblo saben que la placenta lo pueden enterrar y saben que la placenta donde está encerrada ahí alrededor de la CAMI y si se enferma el niño pues ella ya saben dónde enterraron la placenta y tienen que venir a hacer un ritual para que el niño esté sano y que ya no se enferme, entonces hay mucho significado que contar pero todavía la secretaria los doctores y las enfermeras y hasta algunos que si lo entienden y algunos que no lo entienden porque siempre están imponiendo en contra de la partería tradicional.

Hace un año contratamos a un doctor de allá de México, vino a dar un taller dirigido a médicos y enfermeras del tema de interculturalidad pero muchos le pusieron interés y otros no le pusieron interés y ahora este año lo volvimos a meter en el plan de trabajo y el 5 de diciembre vamos a tener otro encuentro con los médicos y enfermeras y va a venir el doctor Campos a compartir con ellos el tema de sensibilización de la interculturalidad pero muchos no lo quieren retomar, pero estamos haciendo la batalla de poco a poquito para ir cambiando, esperemos que ellos lo entiendan y que sigan viendo que también tienen que respetar la parte de los pueblos indígenas.

Oportunidades: la oportunidad es que tenemos que ver con las parteras que existe un peligro de desaparecer la partería tradicional y hemos hablado con las parteras que, si tienen hijas nietas, quien quiera aprender de ella que les enseñe su sabiduría, fortalecer y formar una red de parteras jóvenes de partería tradicional porque es muy importante para nosotros los pueblos indígenas.

Propuestas:

- ✚ Como movimiento tenemos una propuesta de que se respete todo lo que las parteras han hecho de que acomodan con reboso, con su mano con su ritual,

la propuesta es que el gobierno reconozca toda esta parte de las labores que ellas hacen y que haya recurso etiquetado para que tengan un estímulo de apoyo y que también se sientan bien y que puedan transmitir a las nuevas generaciones para formar más parteras y que no se pierda nuestra cultura como pueblos originarios.

- ✚ Que el gobierno regrese a mirar a las parteras tradicionales, no queremos que las parteras lleguen a instalarse a los hospitales, ellas ya están bien desde su casa, desde sus comunidades ahí las buscan y atienden, también aquí en la casa de la mujer indígena también se atienden, no buscamos que las contraten como trabajadoras del hospital, sino que se respeten el trabajo que ella hace y que haya recurso etiquetado para que puedan tener una beca porque es un derecho, no es paga es una beca, no buscamos quincena sino una compensación para ellas para que sean valoradas sobre todo las mujeres grandes ancianas por lo menos que lo aprovechen un tiempo.
- ✚ Para que el gobierno vea que es importante evitar la muerte materna porque tanto los médicos y las enfermeras y las parteras tradicionales podemos trabajar para evitar la muerte materna y la violencia obstétrica que existe en los hospitales.

Por ejemplo, le voy a contar un caso, vino una mujer que llegó al hospital, ella tuvo un aborto y del hospital la estaban mandando para Ometepec a un traslado porque no había ginecólogo ni material y necesitaban trasladarla y al familiar le estaban pidiendo mil pesos para gasolina para la ambulancia para trasladar a la mujer, el familiar busco a la presidente del DIF y llegaron acá con nosotras yo llame a la presidenta y no contestó, estuve llamando al regidor de salud tampoco me contesto, hable con el director de salud y me dijo que mejor pidiera un taxi, me desesperé porque en 3 partes que llame no hubo solución no hubo respuesta y llame al Jefe de Jurisdicción de Ometepec al Doctor Macario Navarrete que el jefe de la jurisdicción le llamé al doctor le digo queremos que nos apoye y que nos eche la mano por esa situación que hay una mujer que abortó y está en urgencias la están trasladando a Ometepec, pero les están pidiendo dinero para ponerlo gasolina a la ambulancia y el familiar no tiene y vinieron con nosotras para ver que podíamos hacer y te pido de favor doctor que nos echen la mano le dije, el doctor intervino y llamó a desde allá como jefe de la jurisdicción de Ometepec llamo a la directora del hospital y le dijo que porque estaba haciendo eso y al final la directora se molestó y me llamó y me dijo oye y por qué no me llamas, yo le dije como te voy a llamar si de tu hospital sus médico que trabajan ahí están

ordenando que le pidan dinero al familiar y la Dra. me colgó pero sí tuve que apretar desde allá, desde la Jurisdicción entonces todo esto todo el tiempo está la desigualdad y la injusticia lo que está pasando en tema de salud, es un mostro que no se aguanta pelear.

En el CAMI ya tenemos temazcal, promovemos la medicina tradicional, elaboramos jarabe de miel con propóleos para tos, de todo tipo de pomadas para vender y tener nuestra propia autonomía.

*Apolonia Placido Valerio es coordinadora de la Casa de la Mujer Indígena “Nellys Palomo Sánchez” de San Luis Acatlán Gro.



El reconocimiento jurídico de la partería tradicional. El derecho a la aplicación y transmisión de saberes. Experiencia de las Mujeres Inuit, Inukjuak, Canadá

Eileen Moorhouse

Margaret Mina



Eileen Moorhouse*
Margaret Mina**

**

Provengo de Inukjuak, en la parte norte de Quebec. Mi padre nació en iglú y mi madre en una tienda hindú porque no había casas cuando nacieron. Como todas las comunidades en mi territorio, la mía también fue federalizada por parte del gobierno y nos arrebataron todo. Crearon escuelas, trajeron enfermeras, doctores, sacerdotes y estas personas se hicieron cargo de todo, incluso de los nacimientos.

A partir de entonces, alrededor de 1950, la gente tuvo que trasladarse al sur para que sus bebés nacieran ahí. Para 1980, nuestra gente comenzó a pedir que los partos

* Ha trabajado en la maternidad en su pueblo natal, Inukjuak, desde 1998, primero como estudiante de partería y después se convirtió en partera registrada en 2008. Ha apoyado en el nacimiento de bebés en su comunidad desde entonces. Hay aproximadamente 1700 personas viviendo en Inukjuak. La partería es un servicio muy importante para la comunidad, ya que les da a las mujeres la oportunidad de dar a luz en su propio pueblo, en lugar de tener que viajar en avión y estar separadas de sus seres queridos. Como partera está muy involucrada en su comunidad y disfruta lo que hace. También es madre y abuela, tomando una parte activa en su vida familiar.

** Proveniente de la población de Inukjuak, al norte de Quebec. Tiene 31 años y cuatro hijas. Desde que era una adolescente siempre pensó que las mujeres embarazadas son hermosas, lo sigue pensando hasta

regresaran a la comunidad, por lo que se implementó un proyecto piloto en el que parteras de la parte media occidental de Canadá acudieron a mi territorio para entrenarnos.

Damos servicio a siete comunidades y cada una tiene un espacio destinado al cuidado, contamos con cerca de 20 camas y un laboratorio, así como con doctores internistas y parteras que trabajan para ir expandiendo esta práctica. Los doctores están disponibles las veinticuatro horas, siete días a la semana y hay diferentes turnos; de no encontrarse presentes, están pendientes de las llamadas; que les informen que deben atender a alguna mujer en las pequeñas comunidades. Las consultas para los recién nacidos y las cesáreas solo se llevan a cabo en una comunidad que está a 1200 kilómetros de Inukjuak y a la cual se accede solamente por avión, aunque también existe un transporte que tarda en llegar de cuatro a seis horas cuando no hay nieve.

Los servicios de partería empezaron en 1986 en Puvirnituk antes de que se reconociera la partería en Canadá. En 1998 se abrió un pabellón de maternidad en Inukjuak y, posteriormente, en 2004, se abrió uno más en Salluit, otra provincia de Quebec, en los que las mujeres de pequeñas aldeas llegaban cuando tenían de 35 a 38 semanas de embarazo para que se les ayudara con el parto. Todo ello fue posible gracias al activismo de las mujeres inuit.

A lo largo de estos años hemos ido recuperando los partos en casa, con las mujeres que no tienen complicaciones de hemorragias y que, por ende, tendrán un parto normal; pero si vemos que algo anda mal, entonces debemos mandarlas al sur, a un hospital, la mayoría de las veces a Montreal.

Las parteras somos las líderes de la atención en maternidad y trabajamos de cerca con los servicios sociales para brindarle atención a toda la población en los temas relativos a cuestiones sexuales y de salud; brindamos apoyo a la comunidad para la atención a los bebés y atendemos a mujeres de bajo riesgo. Hemos graduado a diecisiete parteras inuit y estamos capacitando a diez más, a quienes les enseñamos la

ahora. Tan pronto como se graduó de la preparatoria, continuó sus estudios en maternidad y se graduó en 2012. Desde entonces, es una persona muy feliz sabiendo que es capaz de cuidar embarazos y recién nacidos. Encuentra sorprendente poder ser la voz de los no nacidos. Trabaja en una pequeña clínica con cinco enfermeras, tres doctoras, cuatro parteras registradas y cuatro estudiantes. En la semana cuidan a las embarazadas dándoles seguimiento durante las semanas que necesitan ser atendidas por cuidados prenatales y hacen pruebas de sangre. No es un hospital, así que los embarazos de alto riesgo no son aceptados, a menos que las mujeres se rehúsen a irse. Cuidan a casi 100 mujeres embarazadas al año, atienden de 40 a 50 nacimientos por año.

forma tradicional de dar a luz. Esta capacitación está muy relacionada con la comunidad y con los aspectos espirituales de la partería tradicional.

Hemos atendido 2725 nacimientos desde el 2000 hasta el 2015; de los cuales, el 86 % ha tenido lugar en Inukjuak y el 14 % restante en Montreal. Las parteras han atendido un 65 % de los partos, los doctores un 75 % y las enfermeras un 1 %. La edad promedio va de los 20 a los 25 años y en el 73% de los casos se trató de multipartos. El 97 % de los casos han sido partos espontáneos, 1 % instrumentales, 1.9 % han requerido cesárea y el 8.6 % han sido inducidos; con anestesia el 4.5 %, debe tomarse en cuenta que en Montreal casi todos los partos son con anestesia epidural. El PTL representa el 10.4 %, los casos de perineo intacto el 71.6 %, hay hemorragia posparto en un 15 % y se requiere transfusión de sangre en un 1.4 % de los casos. El peso promedio al nacer es de 3366 gramos y UGR en 1.6 % de los casos; el peso bajo se considera menor a los 2500 gramos. En el 1.8 % de los casos los bebés tienen alguna anomalía congénita. El 23 % de los partos requieren transferencia, el 43 % son prenatales, el 14 % son intrapartos, el 3.8 % son postparto maternal y el 10 % son neonatales. El 60 % de las transferencias son planeadas o no urgentes y el 10 % de todos los casos involucra una transferencia urgente.

Entre las razones para que haya una transferencia se encuentra:

Prenatal

- Sospecha de Parto Prematuro (PTL) o Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino (PPROM)
- HTN/Preclamsia
- Problemas médicos recurrentes

Intraparto

- PTL/PPROM

Postparto

- PPH, Placenta Retenida
- Rasgadura de Cuarto Grado

Neonatal

- Parto Prematuro
- Sospecha de Infección

- Anomalía Congénita

¿Qué es lo que hace que todo funcione?

Las mujeres inuit, quienes son grandes trabajadoras y muy buenas líderes para administrar servicios perinatales y educar a las parteras; son líderes en su comunidad y un ejemplo a seguir, así como un puente intercultural. Las autoridades apoyan los servicios de las parteras inuits. Hay una educación local para las parteras que les permite mantener unidas a las familias y ayudar en el fortalecimiento del idioma inuit. A los estudiantes, el gobierno federal les brinda un apoyo financiero, lo cual genera una menor dependencia en las instituciones de salud. Las ventajas de que un bebé nazca en casa son múltiples: la mujer cuenta con el cuidado de una partera, hay una cultura de confianza en el parto natural, se cuida de la salud de la madre y del bebé, el perineo permanece intacto, los nacimientos son espontáneos y se dan lo más cerca posible del hogar y de la familia, entre muchos más.

¿Qué es una evaluación de riesgo?

Son las que realizan el Comité de Revisión Perinatal en conjunto con doctores y enfermeras. Todos revisan cuidadosamente los casos de 32 a 35 semanas de embarazo para analizar los riesgos posibles y tomarlos en cuenta; se monitorean las diversas situaciones que se presentan con la finalidad de mejorar aquellas susceptibles de mejorar. Puede analizarse el riesgo desde distintas perspectivas, pero para nosotros la prioridad es la cohesión comunitaria. La propia comunidad discute sobre las posibilidades de aceptar los riesgos para que el niño nazca en casa.

La colaboración entre las diferentes partes del equipo y las parteras locales, así como el apoyo por parte del Consejo Aborigen Nacional de Parteras en Quebec y del Consejo Internacional Canadiense para las Parteras, entre otras instituciones, es lo que hace posible nuestro funcionamiento.

Regresar el parto a la comunidad es regresarle la vida.

El reconocimiento de la partería tradicional. El derecho a la aplicación y transmisión de saberes. Experiencia de la Asociación de Parteras de Ontario, Canadá

Ellen Blais



Ellen Blais
PARTERA
Asociación de Parteras
de Ontario

*

Mi trabajo es una intersección entre mi vida y mi pasión por la partería; me interesan específicamente prevenir las prácticas violentas en el cuidado de los niños y la forma en la que podemos intervenir mediante la partería en estas prácticas. Entre los problemas que hemos identificado en Canadá, se encuentra el que el 60% de los niños indígenas son separados de su familia, lo que es un resultado directo de las políticas de asimilación y del gobierno, desde hace aproximadamente 100 años.

Nos separaron de nuestras familias, perdimos la posibilidad de entender lo que es ser padre, por lo que como partera me siento muy orgullosa de mi labor, entiendo lo importante que es llevar este ciclo de la paternidad y cuidar a los hijos, devolverlos a las familias. Cuando una mujer con la que trabajo me pide que le ayude a dar a luz, sé

que los niños serán separados de su familia, por lo que abrazamos a estas madres mediante prácticas y ceremonias. Nos ha sucedido, por ejemplo, que al nacer el bebé y ponerlo junto a su madre, esta retiene la placenta. Como parteras, sentimos que es una forma en que el cuerpo de la mujer quiere quedarse vinculado con el bebé.

Deseo comenzar con unas palabras de mi mentora, Katsi Cook: *“las mujeres son el primer entorno, los seres que aún no han nacido ven a través de los ojos de la madre, escuchan a través del oído de la madre y todo lo que ella siente, el hijo lo siente. En el pecho de la madre se empieza a generar toda una vida. La tierra es nuestra madre y nosotras, como madres, somos la tierra”.*

Algunas de las estadísticas que dan cuenta del rol de las parteras, arrojan que la edad promedio de quienes desarrollan esta práctica es de 25 años; nuestro índice de natalidad es de 1.5 % más elevado que la población que no es indígena; la mortalidad de los niños es 1.4 % veces más elevada que las comunidades; existen altos índices de niños que son separados de sus padres y también tenemos cesáreas. En todo Canadá hay 1200 parteras en práctica. La población de este país asciende a los 35 millones aproximadamente, de los cuales, el 4.5 % de la población es indígena. En todo el territorio existen, aproximadamente, 600 comunidades indígenas, cuya diversidad es muy amplia pues vivimos en distintas regiones, hablamos diferentes idiomas, tenemos nuestras propias ceremonias, así como distintas maneras de dar a luz. En total, hay alrededor de cien mujeres indígenas parteras que trabajan en zonas rurales, urbanas y comunidades remotas; también nos enorgullece mencionar que contamos con treinta y un estudiantes para ser parteras.

Un tema importante en esta práctica es la forma en la que se obtienen los recursos, fui parte de la recolección de fondos para el proyecto de la Séptima Generación de Parteras en Toronto, en el que hay catorce personas que están

*Es originaria de la nación Oneida del Támesis, del clan de la Tortuga. Se graduó del programa Ryerson de Educación en Partería en 2006. Mientras era estudiante fue una de las cofundadoras de la Séptima Generación de Parteras de Toronto. Después de graduarse, comenzó a trabajar como partera infantil de alto riesgo en los servicios nativos para niños y familias de Toronto, trabajando con mujeres embarazadas aborígenes y sus familias. Se sentía honrada de trabajar con esas familias y proveerles el mejor cuidado posible. Actualmente se desempeña en la Red Central de Integración Local de Salud de Toronto como consultora de salud aborígen y líder de comunicaciones, guiando la estrategia de salud aborígen de Toronto. También trabaja en la Asociación de Parteras de Ontario como analista de políticas para parteras aborígenes. Asimismo, ocupa el puesto de copresidenta del Consejo Nacional de Parteras Aborígenes.

recibiendo entrenamiento y que son indígenas, las cuales trabajan aproximadamente cuatrocientos partos al año y también laboran en el círculo de cuidado, ya que muchas personas se ven atacadas y son vulnerables.

Entre los recursos con los que se cuentan, está la National Aboriginal Council of Midwives (Consejo Nacional de Parteras Aborígenes) que es una de las pocas asociaciones en el mundo cuya misión es promover la excelencia en el cuidado reproductivo para cualquier mujer aborigen de las primeras naciones; también buscamos educarlas; proporcionamos servicios de salud para todas las comunidades indígenas de conformidad con la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas; desarrollamos proyectos educativos para Canadá y para la comunidad global, pues nuestra intención es tener una partera trabajando en cada comunidad aborigen. Todos los años vamos a Ottawa para solicitarle al gobierno federal que nos proporcione recursos para las mujeres parteras indígenas en nuestro país porque no contamos con ningún financiamiento para que estas mujeres parteras indígenas reciban capacitación.

La región en la que trabajo es la provincia de Ontario (de un millón de kilómetros cuadrados, aproximadamente) donde existen casi 800 parteras. Las comunidades indígenas que se sitúan cerca de Ontario no tienen parteras que las cuiden, por lo que hablamos de que son mujeres que con 35 semanas de embarazo deben subir solas a un avión y volar mucho tiempo para dar a luz, por ello nos parece urgente contar con parteras en todas las comunidades.

Recientemente se logró proporcionar financiamiento a una mujer embarazada que venía de una comunidad indígena, se le pagaron los gastos a un acompañante para que pudiera viajar con ella, pero es algo que apenas se implementó en 2017 y debemos mantener los esfuerzos para impulsar este tipo de acciones, pues sabemos lo difícil que es dar a luz sola.

Para mi mentora, Katsi Cook, ser partera indígena es *“ser una mujer que jala al bebé fuera del agua, fuera de la tierra, fuera de un lugar oscuro, tiene un gran contexto ecológico. El niño se abre camino en el mundo y las aguas representan la luna y el poder de la madre tierra”*. Siempre que estoy en contacto con un hombre le recuerdo que las mujeres somos el primer entorno.

La legislación de la partería comenzó en 1994. Debe tomarse en cuenta que las parteras siempre fueron las principales cuidadoras de salud, ellas transmitieron su conocimiento tradicional a través de las generaciones, dependiendo de la comunidad y de la tierra en la que vivían, conocían las plantas locales de la zona y enseñaban sobre habilidades en nutrición, lactancia materna, así como el rol de las mujeres; el parto era visto como un proceso natural y no como una enfermedad, se hablaba de derechos de precepción, de derechos de la mujer y del hombre. Actualmente tratamos de volver a esta soberanía de nuestros cuerpos a través de nuestra identidad como mujeres indígenas.

Alrededor de 1866, el gobierno de Canadá prohibió todo lo que tuviera que ver con las parteras, no podíamos hacer ceremonias, ni llevar a cabo nuestras tradiciones, no podíamos transmitir ese conocimiento. Cuando se *medicalizó* el parto en 1900, las parteras ya no podían compartir su conocimiento, estaba prohibido y corría el riesgo de perderse toda esa sabiduría.

Así pues, luego de estos eventos surge el *Acta de las Parteras en Canadá*. En 1983, el gobierno de Ontario estableció una revisión global de las profesiones de salud con el objetivo de regularlas. Un año después, en 1984, la Asociación de Ontario se unió con la Asociación de Parteras de Ontario y se convirtió en la Asociación de Enfermeras y Parteras y empezamos a trabajar con ONG y grupos locales de comunidades, redactamos gran cantidad de informes dirigidos al gobierno federal y le hicimos saber que no queríamos ser reguladas como una partera que está certificada, sino solo deseábamos seguir con nuestras prácticas.

En ese momento, consideramos que teníamos el derecho inherente de enseñarle a nuestras parteras con nuestros propios métodos. Diversos factores se conjugaron a nuestro favor: el Ministro de Salud, que en esa época era mujer, apoyaba la partería, teníamos muchos líderes indígenas que nos apoyaban para que tuviéramos una Cláusula de Sanción en esta Acta y, entonces, lo logramos.

El Acta de las Profesiones de Salud Reguladas incluye una Cláusula de Exención (35.1) la cual dice que esta acta no aplica a: “las parteras aborígenes que prestan servicios tradicionales de partería a personas aborígenes o miembros de una comunidad indígena”.

Posteriormente hubo una nueva acta que fue aceptada en 1991 en la que incluyeron una cláusula que excluía la regulación de las parteras.

Aunque en Ontario existía un programa que regulaba el trabajo de las parteras, estas no contaban con ningún financiamiento. Si bien no tenían la prohibición de llevar a cabo su práctica, tampoco poseían los medios y permanecían en la inactividad. Actualmente, en Ontario ya contamos con financiamiento para las mujeres que desean ser parteras y son indígenas, las cuales pueden optar por un programa universitario regulado que es equivalente a una licenciatura. Terminan sus estudios y trabajan bajo un sistema de regulación, pero bajo los lineamientos del manual de las parteras. Las parteras tradicionales no van a los hospitales porque va en contra de su cultura, ellas están en las casas de las mujeres a las que atienden.

Sin embargo, este financiamiento está bastante limitado pues si las parteras tradicionales quieren dejar la comunidad e irse a otro pueblo, no cuentan con los recursos necesarios para hacerlo, por lo que de 2012 a 2014 tratamos de trabajar con

el gobierno de Ontario para lograr ayuda en este sentido y también lo obtuvimos, lo cual representó un momento histórico para nosotras. Hay pues, varios temas que quisiéramos cubrir con este financiamiento, por ejemplo, la capacitación de cinco nuevas mujeres, con las que tendremos quince nuevas parteras indígenas en Ontario. En la Asociación, priorizamos el trabajo con las parteras indígenas. Para ellas este no es un trabajo, ellas adoran a las comunidades con las que trabajan, el cliente es la comunidad y ellas son parte de la comunidad.

Se nos ha enseñado que pertenecemos al aire, la forma en la que usamos el regalo de la respiración, es algo en lo que cada quien debe comprometerse para hacer lo mejor que pueda con la finalidad de usar el poder de nuestra capacidad humana para darle vida de regreso a la madre tierra. La integración de diversos conocimientos y la traducción de éste a través de puentes de colaboración nos hace crear redes; organizaciones para entender el lenguaje de cada una, su cultura y sus problemas. Debemos tener voluntad para ver a través de los ojos de los demás, para entender cuáles son las limitantes, para saber qué es posible, para escuchar a través de los oídos de los otros y desarrollar estrategias conjuntas para la acción.

La Partería Tradicional como Patrimonio Cultural Inmaterial. El caso de Colombia.



Liceth Quiñones

Partera Tradicional

Asociación de Parteras
Unidas del Pacífico

ASOPARUPA

*

Liceth Quiñones

Tengo un cúmulo de emociones, por una parte, estoy muy alegre de estar aquí al lado de mi madre, es la primera vez que en diez años de caminar en México vengo con ella y tengo la oportunidad de que mire un poco lo que yo he visto. Por otra, estoy un poco triste porque en Buenaventura, que es el principal puerto del pacífico colombiano, las parteras nos encontramos en paro exigiéndole al gobierno federal el respeto a nuestros derechos fundamentales: acceso al agua las veinticuatro horas, apertura del hospital de segundo y tercer nivel, educación de calidad, que el servicio de salud sea tradicional, incluyente y asertivo, la generación de empleo. Dado que Buenaventura es un territorio donde la mayor parte del dinero proviene de sus actividades portuarias, no concibe las comunidades como personas que forman parte del territorio.

Hago un llamado a México para que toque las puertas a la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos en Colombia con la finalidad de que nuestros derechos sean respetados. Nuestra marcha es pacífica y nuestras parteras mayores están paradas recibiendo gases lacrimógenos con un trato inhumano, solo porque el gobierno necesita abrir las vías del puerto para seguir generando dinero. Somos una gran pérdida

* Nació en Buenaventura, Valle del Cauca, Colombia, junto con la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (ASOPARUPA), hace 28 años. Su primera aproximación a la partería tradicional se genera desde temprana edad a partir de la incidencia de su madre, también partera tradicional, y de todas las parteras de la asociación. A los trece años atiende su primer parto, marcando a partir de esto su camino como aprendiz de partera tradicional, camino que continuó a lo largo de su vida, generando estudios en partería espiritual, parto en agua, terapia holística, doula, enfermería, medicina tradicional, partería en la incidencia social-política y cultural, investigación de saberes ancestrales y creación cultural. Ha consagrado su vida a alternar

sus estudios en partería tradicional junto con un arduo trabajo administrativo al interior de la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico, ASOPARUPA. Desde hace cinco años lidera como directora todos los procesos de visibilización y gestión de la partería tradicional afro del Pacífico en Colombia, logrando así la declaratoria del patrimonio cultural inmaterial de Colombia. Por su gestión, hoy es la voz representante del Consejo Nacional de Parteras Tradicionales en Colombia.

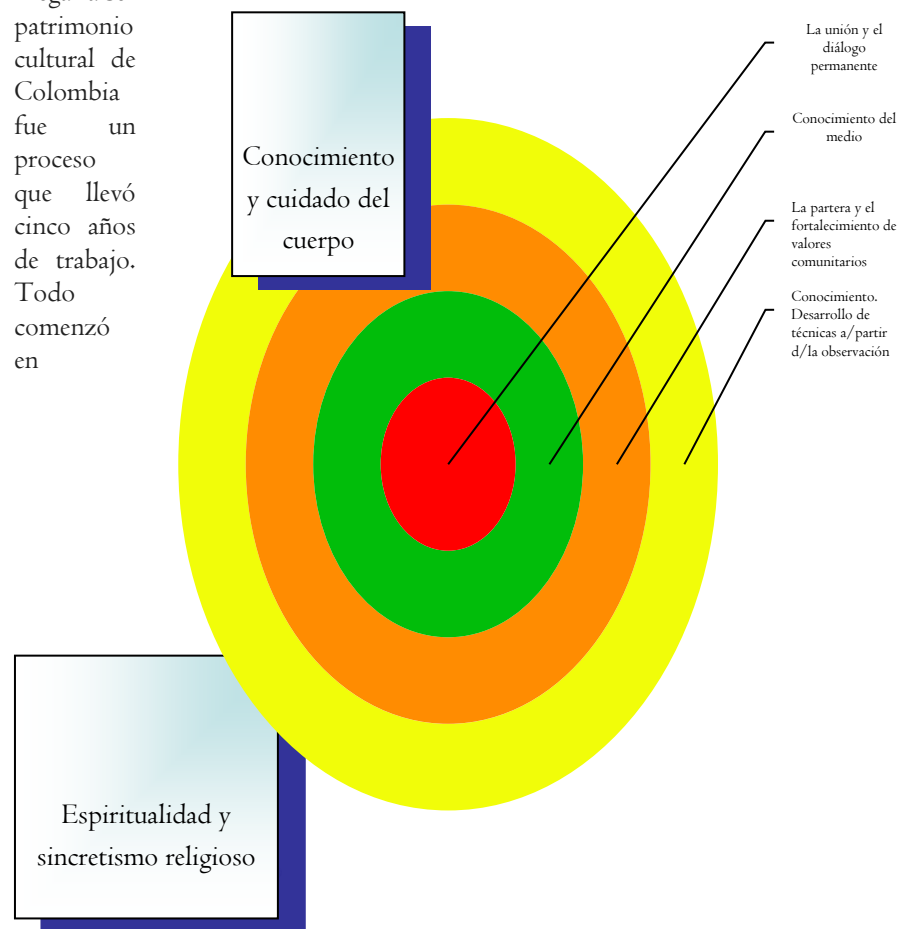
en la economía de Colombia. Deseo presentar a mi madre, la protagonista de todo esto:

Le doy gracias a Dios todopoderoso por permitirnos estar con todos ustedes. Por primera vez estoy en este país, muchas veces Liceth me había invitado porque ella ha venido muchísimas veces, está enamorada de México y me contagió, por eso estoy aquí. Lo que yo pueda aportar o comentar será dicho a través de Liceth, porque así lo dicta la tradición: yo ya lo hice, aliñé el camino, traté de rozar y de tumbar los palos altos, los más gruesos. Liceth: 'Usted debe continuar porque mi camino ya es muy corto, por salud y por la edad; en cambio, su vida es más larga, así que por favor continúe con todo este proceso, este legado que ya le entregué en todo lo referente a la asociación conformada por más de 254 mujeres y más de 1000 pertenecientes a la Red'. Mi nombre es Rosmilda Quiñones Fajardo, presidenta de la Asociación de Parteras por 29 años. Los dejo con mi hija".⁹



Rosmilda Quiñones
PARTERA Tradicional
 Fundadora y Presidenta
 Asociación de Parteras
 Unidas del Pacífico
 ASOPARUPA

Llegar a ser patrimonio cultural de Colombia fue un proceso que llevó cinco años de trabajo. Todo comenzó en



ASOPARUPA con la asociación de parteras que lleva 29 años impulsando el reconocimiento y la dignificación de la partería tradicional con incidencia social, política y cultural.

La Red Nacional de Parteras Tradicionales de Colombia es el movimiento cuyo territorio, cultura e identidad étnica se conforman como nuestros valores y propósitos; dicha red nació para salvaguardar la partería tradicional desde el 2010, en conjunto con parteras de otras regiones.

⁹ Rosmilda Quiñones, partera mayor y presidenta de la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico Asoparupa.

Es a partir de este gran movimiento que comenzamos formalmente la documentación ante el Ministerio de Cultura para poder entender de qué se trata ser partera tradicional en Colombia. Estamos ubicadas en el Cordón del Pacífico, somos 1600 parteras focalizadas en el último censo realizado en el 2010, claro que ahora somos muchas más.

¿Cómo se ha desarrollado la manifestación de las parteras tradicionales?

A través de la unión y de un diálogo permanente, nos hemos reunido durante cinco años para hablar de partería tradicional con la finalidad de entender nuestras propias lógicas, nuestro propio pensamiento; hemos indagado en las formas naturales de compartir entre nosotras y descubrimos que somos unidas, que la partería y la *asociatividad* son nuestra religión, nos juntamos todos los sábados de 8 a 12 del día y nos abrazamos, nos reímos, cocinamos, intercambiamos plantas, nos contamos los problemas, los éxitos, podemos compartir un amor entre hermanas, somos una familia y esa es la gran fortaleza que tenemos como parteras tradicionales en Colombia.

Nuestro diálogo nos permitió cerrarle momentáneamente la puerta al gobierno y al sistema de salud para poder capacitarnos entre nosotras, poder entender dentro de la intimidad cuál era la real falencia que tenían las parteras alrededor de su práctica. El conocimiento es fundamental, pero la práctica, en la medida que se va condicionando al tiempo, se va fortaleciendo porque adquiere más seguridad en sí misma. En torno a este diálogo encontramos tres elementos básicos que diferencian a nuestro movimiento del sistema de salud y del gobierno: el derecho a la cultura, al territorio y a la identidad cultural.

Así pues, a partir de lo anterior documentamos hacia dónde van los conocimientos en el cuidado del cuerpo y entendimos que la partería no se queda solo en el embarazo, en el parto o en el cuidado del recién nacido o en el puerperio. Como parteras atendemos todos los ciclos reproductivos de una mujer, desde que nace, cuando comienza su menstruación, durante su preparación para el embarazo, las cuidamos si llegan a tener problemas para embarazarse o si tiene alguna enfermedad de transmisión sexual, incluso atendemos a los hombres cuando tienen problemas de infertilidad, etcétera; es decir, las familias depositan su confianza en las parteras.

En lo referente al cuidado de la tierra, es preciso anotar que las parteras tradicionales poseen un gran conocimiento de las plantas medicinales, las sembramos, cuidamos la tierra sembrando nuestras placentas y nuestros ombligos; le rezamos y tenemos un especial cuidado con el universo. Puesto que estamos situadas en el Pacífico, creemos en las aguas, en el mar. así como la marea sube y baja, entendemos que suben y bajan los estados emocionales de una mujer, lo mismo en relación con los

ciclos lunares. El respeto que profesamos hacia la naturaleza es equivalente a nuestra concepción de la vida misma.

Respecto a la construcción de conocimiento y desarrollo de técnicas a partir de la observación, la experiencia y la permanencia, creemos que cada partera es un mundo, por eso no existe una escuela de parteras en mi país, existe una comunidad de aprendizaje de partería porque cada quien tiene algo que aportar, algo que aflora desde su ser y lo reconoce con lo que la partera mayor le va mostrando; solo esta es capaz de saber cuándo una aprendiz puede ser partera.

Asimismo, trabajamos en el fortalecimiento de los valores comunitarios. Un niño que nace de la mano de una partera no solo tiene una familia, sino también una familia extendida, nace y crece con lazos de madrinazgo, de compadrazgo, donde no solo la madre, la vecina, las tías lo cuidan, sino también los animales, las plantas, todos le hablan al niño.

Una partera es la vigía de que eso suceda, por eso quien crece al lado de una partera tradicional crece anclado a su territorio, a su cultura y al principio de ser negro, indígena o de alguna comunidad étnica, en el caso de Colombia.

La partería da respuesta a la espiritualidad y al sincretismo religioso en el que hemos sido sometidas. Para nadie es un secreto que la colonización nos trajo ciertas líneas católicas, pero las parteras tuvimos resistencia y fuimos resilientes al mantener nuestras prácticas espirituales, los rezos, a los ancestros, y aprendimos a vivir con ello, a defenderlo. Asistimos a la iglesia, pero en secreto somos unas brujas, hechiceras.

Ahora bien, para finalmente comprender la naturaleza de nuestra labor tuvimos que documentar todo lo anterior. Ello nos condujo a pensar en la función social de la partería tradicional, aspecto que prima al momento de acercarnos al gobierno federal para comunicarle que queremos ser patrimonio cultural: prima el decir que gracias a nuestra labor se sostiene la dinámica de desarrollo comunitario, gracias a nosotras las comunidades se reconocen todavía, se mantiene una identidad, una soberanía alimentaria y una crianza propia, así como los derechos colectivos. Gracias a las parteras tradicionales, ser negro en el Pacífico colombiano todavía es poderoso. Con o sin la dinámica de patrimonio, nosotras ya somos patrimonio de la comunidad, porque quien nos cuida y quien lo ha hecho milenariamente ha sido ella, solo que necesitamos al gobierno porque requerimos canales para incidir en otros temas.

Entre las amenazas y los problemas externos que logramos identificar, se encuentran los siguientes:

- *Dificultades en relación con el sistema de salud.* En Colombia se piensa que la partera solamente trabaja en comunidades pobres. Ante esto, decidimos ignorar dicha visión y continuar trabajando.

- *Violencia y conflicto armado.* Muchas parteras son llevadas por los actores del conflicto armado para que atiendan partos en zonas aisladas y no sabemos si las van a devolver. Sí, es verdad que las cuidan, pero el trato no es humano, así que identificamos este punto como una problemática.
- *Pobreza y difíciles condiciones de vida de las parteras tradicionales.* No vivimos de hacer partería, vivimos de los saberes asociados a ella. Nuestra labor es social y comunitaria, por eso es tan poderosa, porque no se mide por un horario, ni por una cantidad de recursos, o por las condiciones laborales a las que el gobierno somete todos los oficios que hay en su territorio.

De igual manera identificamos algunas amenazas internas:

- *Debilidad en los medios de comunicación y baja articulación del trabajo de las parteras tradicionales.* Es difícil hablar entre parteras por las condiciones del territorio, la lejanía, la evidente falta de teléfonos celulares, por ejemplo, que imposibilita mantener un canal de comunicación constante.
- *Dificultades en los procesos de transmisión y relevo generacional.* Las aprendices, las hijas de parteras y las nietas no veían atractiva la partería por las dificultades en las que crecieron. A mí me tocó vivirlo, mi madre me despertaba a las tres de la mañana para ir a atender un parto. Las hijas de parteras sabemos que nuestras madres trabajan por pasión, pero sin ningún reconocimiento o valoración y, sobre todo, sin ninguna mejora en sus condiciones de vida. Todo ello torna difícil que una mujer diga: “quiero aprender de mi mamá”.

¿Cuál es el propósito de ser declaradas patrimonio cultural?

1) *Contribuir al reconocimiento de los saberes asociados a la partería tradicional y sus valores sociales y culturales.* A partir de ese reconocimiento se forjará la unión entre parteras y se fortalecerá la identidad. También se preservará el parto con dedicación. Concebimos la idea de que el parto humanizado es un concepto universal que respetamos, pero es tarea del sistema.

La mujer cumple un rol importante en este camino porque, aunque hay parteros y los hombres evidentemente participan en el embarazo, creemos que la mujer debe obtener un reconocimiento por su papel fundamental para su familia y para la comunidad.

2) *Identificar y construir los mecanismos para el fortalecimiento y sostenibilidad de la partería promoviendo la participación de nuestras*

comunidades. La única forma de generar sostenimiento en la partería tradicional es incidiendo en las políticas públicas del gobierno, las cuales ya están escritas, solo hay que gestionarlas. Al momento de revisar los planes nacionales, departamentales y municipales, nos damos cuenta que hay recursos destinados a la partería, a la educación, al cuidado de la primera infancia, al medio ambiente y, sobre todo, hay inversión para la salud tradicional. Si la Constitución ya reconoce en sus artículos 7° y 8° que va a salvaguardar la diversidad étnica y cultural, nosotras solo exigimos que se lleve a la realidad. Tal es el gran poder que tenemos sobre el gobierno en este momento.

Todo camino de patrimonio genera la construcción de un proyecto, de un programa o de una estrategia. El mayor de los retos ha sido, a lo largo de cinco años, consensuar la opinión de más de 1600 parteras para decidir cómo vamos a sostener nuestra práctica y, para ello, proponemos seis líneas de acción. La parte metodológica del plan especial de salvaguardia posee rubros ya establecidos, pero nosotras propusimos ponerle nuestros propios nombres, por lo que resultaron de la siguiente forma:

1) *Parteras Unión Pacífico.* Comprende las dinámicas de articulación, de fortalecimiento organizativo, pues a través de estos años de análisis nos dimos cuenta de que es fundamental estar asociadas para, desde ahí, comenzar a construir autorregulación, que cada una ponga sus principios, sus lineamientos. En esta construcción debe tomarse en cuenta a los actores, a las mujeres, a las madres beneficiarias, a los distintos líderes comunitarios que quieran acompañarlas. Las parteras tienen la potestad de saber cómo quieren funcionar y con base en ello generar un movimiento nacional. Administrar jurídicamente una asociación de parteras a nivel nacional es muy complicado, por eso funciona bastante bien un movimiento, ya que este fungirá como la voz general, pero cada partera en su asociación, en su territorio va a mantener la autonomía, la responsabilidad y el compromiso de hacer su propia gestión y, sobre todo, de acuerdo con las particularidades de su territorio.

En esta línea de acción se encuentra el manejo de la información de los nacimientos que atendemos y las consultas. Aunque trabajamos para nosotras y no para el gobierno, es esta información la que nos ha servido para negociar. El registro de un recién nacido se lleva a cabo cuando la madre va a la notaría a registrar a su hijo. Anteriormente, cada partera iba a un centro de salud donde el médico le quitaba la referencia del parto atendido, por lo que nosotras creamos nuestros propios registros y cuando el gobierno se dio cuenta del índice de nacimientos atendidos por parteras y que no estaban registrados en el sistema, quiso entonces hablar con nosotras. En este momento es mi madre quien certifica los nacimientos de todas las parteras. Es un primer paso, pero necesitamos que cada una tenga autonomía de diligenciarlo, ya que debe existir un control, una responsabilidad con el gobierno.

2) *A manos cambiadas*. Consiste en la posibilidad de que el gobierno actúe a favor de los derechos colectivos, en pro del derecho étnico, cultural y territorial; no es más una mujer blanca, negra o mestiza, todas tienen el derecho de decidir dónde parir porque se trata de su cosmovisión. Queremos incidir en políticas culturales, de salud, de primera infancia, de educación terciaria. En Colombia, la partería forma parte de la educación terciaria, la cual está en construcción, no estamos al nivel de la educación tradicional, no somos técnicas, ni profesionales, provenimos de una sabedora mayor que es quien forma a sus aprendices. No hablamos de certificación por la simple razón de que en Colombia no se ha aceptado la necesidad de credencialización.

3) *Obligando saberes*. Para documentar la partería, dado que provenimos de una tradición oral y práctica, requerimos generar herramientas metodológicas para continuar socializando la cultura y los saberes propios de nuestra labor. El empoderamiento para construir este conocimiento se lo estamos dando a las aprendices de partería para que documenten. Por ejemplo, van a la casa de la partera donde trabaja en el “nicho tradicional”, el cual es el espacio adecuado para que una partera atienda. Así, la aprendiz, estando allí, documenta cuántas consultas tiene, qué recomendaciones da, cuántas complicaciones se generan, es decir, da seguimiento de cada mujer que llega al nicho para ser atendida por la partera.

4) *Parteras en comunidad*. La comunidad sabe que en el nicho puede encontrar a su partera. La asociación busca fortalecerlas dotándolas de elementos de aquello que les es necesario para atender, mediante proveerlas, por ejemplo, de una azotea para que pueda tener sus plantas para curar y atender. Actualmente pensamos en la creación de una *Etnoaldea*, una especie de jardín botánico, donde podamos hacer una reproducción de todas las prácticas de la partería tradicional.

5) *Produciendo semilla de vida*. Mantenemos el servicio social y comunitario gratuito, ya que la forma en la que se les paga a las parteras hasta ahora es con el trueque. Sus saberes asociados son los que la mantienen: escribir un libro, generar algún remedio natural, crear conversatorios, entre muchos más.

Como una manera de autofinanciarnos, creamos el *Festival de Memoria Ancestral* en el que las personas que asisten pagan para aprender, todo lo recaudado se reparte de manera equitativa entre las parteras asociadas.

6) *Manos de partera*. Se refiere a la sensibilización respecto a la partería tradicional, generamos comunicación en redes y de esa manera un fortalecimiento internacional. Ejemplo de ello es el apoyo financiero que hemos recibido de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Este apoyo nos ha ayudado en capacitaciones, ha fortalecido nuestra gestión, nos ha permitido también acceder a

territorios alejados a apoyar y a asociar a nuevas parteras, así como a acompañar a las que ya están asociadas para que creen sus planes estratégicos anuales y para enseñarles cómo relacionarse con las alcaldías, las gobernaciones y el gobierno federal. Nosotras creemos que el gobierno nos debe de mantener, pero hay que identificar las formas. No deseamos enfrentarnos con el Ministerio de Salud, todos los actores que nos acompañan, el Ministerio de Cultura, de Ambiente, la OIM, el de Educación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar son los que hablan por nosotras, en tanto seguimos con nuestras prácticas. La sensibilización hacia los actores externos debe estar encaminada a demostrar cómo preservamos la vida, el medio ambiente y la identidad cultural y territorial. Nacer con una partera es nacer en comunidad y esa es nuestra filosofía, nuestra política y gracias a esos principios somos patrimonio cultural.

CAPITULO III

OBSTÁCULOS, RETOS Y OPORTUNIDADES DE LA PARTERÍA TRADICIONAL EN EL MÉXICO ACTUAL.

El reconocimiento jurídico de la partería tradicional y el derecho a la aplicación y transmisión de saberes.¹⁰

Cristina Galante*

Con las presentaciones de la experiencias canadienses, durante la primera edición del Seminario sobre Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica (2017), se abre todo un abanico de reflexiones sobre el estado de la situación de la partería en México, de sus derechos como parte integrante y fundamental de la cultura, del marco legal y su aplicación práctica, de la importancia de la preservación y transmisión de conocimientos, de cómo las parteras juegan un rol imprescindible en la construcción de la identidad de cada persona y de un pueblo, vinculándola al territorio.

Cito a la ponente de *Nunavik*: “Llevar el parto de regreso a las comunidades está ligado al fortalecimiento de la cultura Inuit y al proceso de sanación de la colonización”. Los *Ayüik* de Oaxaca dicen: “Pertener, es alimentar a la tierra con la sangre de la placenta para que la tierra nos reconozca como sus hijos e hijas y nos alimente con sus frutos. Cuando las personas nacen lejos de su tierra hay que hacer muchas ofrendas para que su territorio las acepte y las alimente. La tierra sin hijos se vuelve estéril”¹¹.

Las prácticas y vida ritual relacionada con el nacimiento tiene un gran significado simbólico; la continuidad de estas prácticas conforman la identidad de cada integrante

de un pueblo y son la esencia de los derechos culturales de los pueblos indígenas¹². Estos derechos, establecidos en el artículo 3º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, abarcan una noción de cultura extensiva, incluyendo elementos intangibles como “conocimientos, concepciones, habilidades, costumbres, cosmovisión, ritualidad, medicina tradicional, tradición oral, etc.”¹³.

En México, las políticas alrededor de la partería tradicional han ido de manera paralela con la transición demográfica. El auge de las políticas de control del crecimiento de la población, resultadas de las Conferencias de Bucarest en 1974 y de México en 1984, llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a publicar en 1986 el texto llamado “El potencial de las parteras tradicionales”,¹⁴ en el cual avalaba el entonces llamado “adiestramiento” de parteras como un importante medio para disminuir la mortalidad materna y difundir la “planificación familiar”.

Después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) del Cairo en 1994 y del acuerdo del 2000 sobre los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” de Naciones Unidas, el discurso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) cambió radicalmente.

En 2004 la OMS declaró que los programas de formación para las parteras tradicionales no ofrecen ventajas costo – beneficio y no han logrado una reducción importante de la mortalidad materna. Junto con el Fondo de Población recomienda acciones específicas para alcanzar en particular dos puntos del objetivo 5: reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna entre 1990 y 2015; y aumentar la proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado.

Es así como empieza la oleada de partos en hospitales y como nace la definición de profesional de salud calificado en partería, cambiando así el enfoque de la estrategia: dejar de invertir recursos en la capacitación a parteras tradicionales para convertirlas en personal de apoyo que motiva a las mujeres a ser atendidas por un agente de salud calificado.

Es el primer gran paso, para deslindar el campo de acción de las parteras: por una parte las parteras tradicionales que carecen de formación académica y por la otra un conjunto variado de “personal de partería calificado” que puede incluir: enfermeras generales, parteras profesionales no bien identificadas, licenciadas en enfermería y obstetricia, enfermeras perinatales, parteras técnicas, médicos generales, gineco-

¹⁰ Comentarios a la mesa “El reconocimiento jurídico de la partería tradicional y el derecho a la aplicación y transmisión de saberes”. Experiencia Canadá. Presentada en la primera edición del Seminario La Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica

* Fundadora de Nueve Lunas SC

¹¹ Ma. Carmen Castillo Cisneros, La noción de persona entre los ayuuik. Doctorante en Estudios Avanzados en Antropología Social de la Universidad de Barcelona (UB). Ponencia presentada para la VI Mesa Redonda de Monte Albán, 2011, Oaxaca. payime@hotmail.com

¹² Marcos Arana, Amicus curiae CPMSVCH para el tribunal. 5/5/2016. PDF

¹³ Antonio Machuca. Percepciones de la cultura en la posmodernidad. Revista Alteridades no. 16, año 8, julio-diciembre de 1998, págs. 27-41.

¹⁴ El potencial de las parteras tradicionales. Textos recopilados por A. Manga y Maglacas, Especialista Principal de Enfermería, División de Formación de Personal de Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 1986.

OMS, Publicaciones en Offset Na 95.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38859/1/9243561502_spa.pdf

obstetras y también las llamadas “partera auxiliares” citadas en el informe sobre el Estado Mundial de las Parteras de 2014¹⁵ donde dice que son “profesionales de salud que poseen algunas de las competencias en partería, aun cuando no están plenamente cualificadas/licenciadas”. O sea, todo cabe en el término partería, menos las parteras tradicionales.

Bajo directrices internacionales y con muchísima resistencia, México está poco a poco cediendo a la presión. Después de los intentos fallidos de “humanizar” la atención del parto y de su intensa institucionalización, se está haciendo evidente que la cobertura alcanzada no es sinónimo de atención de calidad; no se ha reflejado en una disminución significativa de la muerte materna y no ha reducido la violencia obstétrica¹⁶. Es en ese contexto, que entra en escena la inclusión en el sistema de salud, del modelo de partería profesional basado en la medicina hegemónica.

El último baluarte de la medicina de las mujeres, el territorio donde la sabiduría ancestral y femenina estaba aún palpitante, ha sido tomado y conquistado. El poder patriarcal pasa a través del control del cuerpo de las mujeres, de la agresión, de la prohibición, del sometimiento, de las modificaciones estéticas, de la anulación de rituales, de romper los círculos, de intervenir sobre el poder de parir. Este proceso ha iniciado de manera contundente en México y varias son las pruebas de ello: los conocimientos ancestrales son tratados como curiosos y peligrosos costumbres, el uso de plantas medicinales controlado o prohibido, la transmisión oral de conocimientos de maestra a aprendiz en desuso y obstaculizada, las mujeres embarazadas amenazadas y la atención por parteras tradicionales criminalizada.

La nueva tendencia de establecer un modelo de partería basado en competencias y unificar los caminos de formación, se está basando en modelos importados de Chile, en la partería académica europea y en general en países que hace muchos años desmantelaron el acervo de conocimientos y prácticas ancestrales. Es un camino conocido cuya tendencia es primero al desuso y luego a la eliminación.

Una prueba de ello es que, aunque la Ley General de Salud tiene como objetivo el conocimiento, desarrollo y fortalecimiento de la medicina tradicional mexicana (art. 6, inciso VI bis, art. 64 y art. 93), el Reglamento de la Ley en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en ningún momento usa la palabra partera tradicional y presenta varios obstáculos para que no se aplique lo establecido en la Ley o en los art. 1º y 2º de la misma Constitución de los Estados Unidos Mexicanos (que prohíben toda discriminación reconocen y garantizan el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a

la autonomía para preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad).

Los art. 102 y 103 del Reglamento hablan de “personal no profesional autorizado para prestar servicios de obstetricia y planificación familiar”. El art. 104 habla de “auxiliares para la salud en obstetricia” que deberán estar sujetos al control y vigilancia de la Secretaría. No sabemos si son los mismos sujetos de los artículos anteriores. Dado que para obtener la autorización este personal deberá asistir a un número no determinado de cursos, en el art. 105 se le pide que sepa leer y escribir y que tenga reconocimiento “de sus actividades sobre la materia de que se trate”.

Art. 106: este reconocimiento de actividades será averiguado mediante investigación por parte de la Secretaría o por las pruebas que aporte el interesado (no se especifica cuáles ni cuántas).

Los planes y programas, así como la impartición de los cursos está claramente a cargo de enfermeras y médicos de la propia Secretaría. El art. 110 establece lo que este personal puede hacer y el art. 111 lo que no puede hacer. Cabe señalar que una de las cosas que no puede hacer es “provocar abortos”, por lo que se deduce que “el personal no profesional” no podrá manejar y poseer plantas oxicíticas. Se menciona también que no puede realizar cirugías y no sabemos si la sutura del periné está incluida en esta prohibición.

El art. 112 establece las múltiples obligaciones y el 113 las sanciones correspondientes. En ningún lugar del Reglamento se establecen los derechos, ni culturales ni laborales del personal. Tampoco se menciona la atención con pertinencia cultural, las concepciones de salud y las preferencias de la población indígena. El paso de la Constitución a la Ley y luego al Reglamento diluye y desaparece por completo el respeto de los derechos reconocidos y establecidos.

Cabe mencionar que en el Reglamento no existen mecanismos parecidos para averiguar y evaluar los conocimientos, habilidades y desempeño del personal profesional cualificado en partería.

Preguntas: ¿Bajo qué criterios se hace esta evaluación que es llevada a cabo por personal de salud con una formación médica occidental? ¿Cómo se evalúan los conocimientos y cosmovisión de este modelo de atención? ¿Cómo un médico o una enfermera puede comprobar que esta rama de la medicina tradicional indígena, es adecuada a las necesidades de las mujeres? ¿Por qué no son los mismos integrantes de ese sistema de salud y los consejos comunitarios los encargados de un reconocimiento

¹⁵ UNFPA, Estado de las Parteras en el Mundo 2014. http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Las_parteras_del_mundo.pdf

¹⁶ Paola Sesia, Maternal Death in Mexico, Subject: History of Mexico, Social History, Science, Technology, and Health. Online Publication Date: Apr 2017 DOI: 10.1093/acrefore/9780199366439.013.50

oficial y suficiente? ¿Por qué este reconocimiento no puede ser equiparado con los títulos profesionales?

En la experiencia de las parteras aborígenes de Canadá vemos como el reconocimiento de facto, la autonomía, la enseñanza de partera a partera, el fortalecimiento de la lengua y la cultura, el relacionar el concepto de riesgo a la cosmovisión, un marco legal eficaz y aplicado, la colaboración profesional, han llevado a resultados importantes de calidad y de salud; el 75% de los partos son atendidos por parteras Inuit y sólo el 23% derivados a atención de segundo y tercer nivel.

El modelo de partería adaptado e inserto a toda costa en un sistema de salud saqueado y colapsado es sólo ponerle una gaza a una herida que está supurando; si bien en un primer momento puede ser un gran respiro sobre todo para las mujeres que día a día padecen maltrato, con el tiempo abre un gran vacío e insatisfacción. La partería no es sólo un recurso para comunidades aisladas en las que no hay personal de salud y tampoco es una profesional de bajo costo que compite para la atención de partos en los hospitales; el modelo de partería es continuidad de cuidados, es conocimiento profundo de la persona, su familia y su entorno, es trabajo personal intenso de autoconocimiento, es capacidad de intimidad y contacto corporal, es conocimiento de las emociones, es cuidado de la energía, es espiritualidad, es intuición, es ética, es ciencia, es arte, es cultura, es ritualidad, es centrarse en las mujeres y los bebés, es calidez, es orden simbólico, es libertad, es comodidad, es respeto de los tiempos, es seguridad, es el derecho a elegir dónde, cómo y con quién parir.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), en 2010 emitió la sentencia en el caso de Ternovsky de Hungría¹⁷. La demandante pretendía dar a luz en casa, pero alegó que no había podido hacerlo porque la ley lo prohíbe y la partera se arriesgaba a ser condenada. La sentencia decidió que las mujeres embarazadas tienen un derecho humano fundamental a elegir las circunstancias en las cuales darán a luz. Con este se fundamentan también el derecho a la privacidad, a la autonomía, a tener control sobre el propio cuerpo; para todas las mujeres en cualquier parte del mundo.

Es entonces urgente:

- ✚ Mirar de manera más amplia al concepto de violencia obstétrica ya que éste abarca también la negación de estos derechos a las mujeres.
- ✚ Mirar el parto y nacimiento no como acontecimientos médicos sino como acontecimientos culturales que, como muchos otros, pueden presentar situaciones de tipo médico para las que hay que estar preparados.
- ✚ Revisar y adecuar la Ley General de Salud y el Reglamento para lograr coherencia jurídica entre los derechos defendidos y la praxis.
- ✚ Hacer las modificaciones necesarias en la Ley de Cultura.
- ✚ Contar con verdadera protección jurídica para el ejercicio de la partería tradicional en el marco de reconocimiento y respeto de los derechos culturales de los pueblos y de los derechos humanos de las mujeres.
- ✚ Considerar que las competencias en partería las determina cada pueblo basándose en su cultura, cosmovisión, epidemiología y recursos; y que las parteras ancianas y las autoridades comunitarias legítimas deberían ser las encargadas de su evaluación.
- ✚ Equiparar el reconocimiento y respaldo comunitario de las parteras a los títulos profesionales oficiales, siguiendo el ejemplo de Canadá y permitiendo el ejercicio legítimo y legal en cada territorio o región indígena.
- ✚ Sostener, apoyar y acreditar las iniciativas de transmisión y difusión de saberes ancestrales, por los medios que la comunidad de parteras elija: transmisión oral, centros de formación, círculos de mujeres, medios electrónicos, redes sociales.
- ✚ Impulsar el reconocimiento de la partería mexicana como Patrimonio Cultural Intangible de la Humanidad.
- ✚ Constituir entre México, Canadá y Colombia el Comité Promotor del “Ier Encuentro de Parteras tradicionales y en la tradición de las Américas”, para profundizar en estos caminos, intercambiar experiencias y fortalecer la red de partería en el continente.

¹⁷ Asociación El Parto es Nuestro: Resumen de Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre Violencia Obstétrica. Caso Ternovsky V. Hungría.

La partería tradicional en el marco de los derechos culturales

Mtra. Amparo Sevilla*

Agradezco a la Comisión Nacional de Derechos Humanos el haberme invitado a participar en esta reflexión colectiva referente a una práctica cultural que bien puede considerarse una alternativa a la violencia obstétrica que ha padecido un alto porcentaje de mujeres en nuestro país.

La partería tradicional ha sido fundamental para la reproducción física y cultural de los pueblos indígenas y otras comunidades equiparables. En esta práctica, de origen ancestral, se han conservado saberes que forman sistemas integrales de atención a las mujeres embarazadas. Estos sistemas abarcan conocimientos sobre el efecto terapéutico de plantas y otros recursos naturales, además de incluir técnicas corporales eficaces para el buen desarrollo del embarazo, parto y posparto e incorporar actos rituales que fortalecen la identidad comunitaria. Dicho en otras palabras, la partería es una práctica sustantiva para la reproducción cultural de los pueblos indígenas y de las comunidades equiparables. Ésta comprende no sólo el ámbito de la salud; se trata de un complejo cultural que se integra al proceso de reproducción de la vida comunitaria y de la configuración de un ser colectivo, antes, durante y después del nacimiento, además de ser un elemento identitario. Por ello, su práctica constituye un derecho cultural que debe respetarse.

No obstante, lo anterior, la partería tradicional está **en riesgo de desaparecer** debido a que desde hace varias décadas se han implementado políticas públicas que excluyen los sistemas de conocimiento de las parteras tradicionales, bajo la suposición de que sólo la atención hospitalaria con la intervención de obstetras puede reducir el alto número de muertes maternas. Las estadísticas actuales no confirman tal supuesto y, en cambio, muestran un notorio aumento del número de quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) por violencia obstétrica en centros hospitalarios.

Las parteras tradicionales han enfrentado un fuerte acoso por parte de varias instituciones oficiales, lo cual está generando, prácticamente, su extinción como benefactoras de la vida comunitaria. Tal atentado no sólo implica la desaparición de

los conocimientos ancestrales que tienen las parteras, sino que forma parte de la extinción de los pueblos originarios en este país: el etnocidio. En la lista de los mecanismos que se han implementado para lograr lo anterior se encuentra: el despojo de saberes, conocimientos y territorios de los pueblos indígenas, la aplicación de políticas públicas sin pertinencia cultural, la imposición de prácticas culturales, el racismo y la discriminación.

La desaparición de la partería tradicional forma parte de la extinción de las diversas formas de concebir el mundo y la vida. La mercantilización de la salud ha generado la obligatoriedad de atender los partos en hospitales y con medicamentos de patente. Además, de que se ha impuesto la certificación de las parteras, lo cual constituye la imposición de una sola forma de atender el proceso biológico-cultural de la concepción: en ésta no se reconocen los conocimientos médicos de los pueblos originarios y la obstetricia se erige como el único conocimiento válido. Lo anterior contraviene al artículo 2° de nuestra Carta Magna, en cuanto que niega el carácter pluricultural de la Nación en ella reconocido.

El ejercicio de la partería tradicional es un derecho cultural que debe respetarse. La Constitución Mexicana reconoce, en el Artículo 2°, la composición pluricultural del país y establece que los pueblos indígenas y las comunidades equiparables tienen libre determinación y autonomía para preservar y enriquecer sus conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad. Sin embargo, dos normas del sector salud (NOM-035-SSA3-2012 y NOM-007-SSA2-2016) y algunos lineamientos de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural se oponen a que las parteras tradicionales realicen su importante labor comunitaria.

En los últimos años se ha denunciado con mayor contundencia los diversos procesos que desde siglos atrás han atentado contra la cultura de los pueblos originarios de nuestro país. Además de los enlistados con anterioridad, se encuentra la subordinación, despojo, destrucción, deformación, apropiación, proscripción y plagio de los conocimientos de dichos pueblos. Es así que, la capacitación de la Secretaría de Salud dirigida a las parteras tradicionales, para poner un solo ejemplo, no ha sido más que la imposición de una concepción hegemónica sobre la salud, esto es, la obstetricia. La interculturalidad en ese contexto, sólo se ha utilizado como un enunciado ya que su concreción contraviene el obligado respeto a la diversidad cultural.

* Investigadora Titular de la Dirección de Etnología y Antropología Social del Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Me preocupa que entre las propuestas planteadas en esta mesa¹⁸ se enarbole el lema de “Parteras por el futuro de México” ya que ello formará parte de la política clientelar que durante sexenios ha desarrollado el Estado mexicano. El clientelismo ha propiciado la destrucción de la vida comunitaria. Los apoyos gubernamentales bajo la lógica de la individualización de las prácticas colectivas generan varios y serios conflictos al interior de las comunidades, por lo que resulta urgente atender las siguientes cuestiones: ¿cuáles van a ser los criterios para seleccionar a las parteras que reciban dicha paga?, ¿quiénes y cómo se van a establecer?, ¿ello va a garantizar que las parteras puedan ejercer sus conocimientos y recuperar las prácticas que han sido discriminadas y desplazadas por el sistema de salud hegemónico?, ¿tal paga no establecerá condicionamientos políticos a quienes la reciban?

Recordemos que “Progresas” funcionó como un programa oficial de control estatal que condicionaba el otorgamiento a ciertas conductas y que, parteras y parturientas, fueron “castigadas” excluyéndolas del programa por “atreverse” a ejercer su legado cultural. Celebremos que ese Programa estatal se haya ido al cementerio y esperemos que lo informado por la representante del Instituto Nacional para los Pueblos Indígenas en esta mesa se cumpla, esto es, la reforma del Artículo 2º. de la Constitución para que los pueblos indígenas sean sujetos de derecho. El reconocimiento de la partería tradicional está directamente vinculado al pleno reconocimiento de la autonomía y la libre determinación de dichos pueblos.

Otra de las propuestas que se plantearon en esta mesa que me interesa comentar es lo referente a la posible patrimonialización de la partería; acción que desde mi punto de vista no es conveniente debido a que conlleva graves riesgos. El principal de éstos es la pérdida del control social comunitario sobre el bien cultural patrimonializado y el lucro privado de esos bienes colectivos, debido a la ausencia de un marco legal en torno al patrimonio cultural inmaterial que proscriba tal lucro.

El ejercicio de un derecho cultural va más allá del otorgamiento de una paga mensual proveniente de un programa gubernamental. Requiere la modificación integral de los programas y acciones gubernamentales que han dado como resultado un agudo proceso de desaparición de la partería tradicional. El Estado mexicano tiene la obligación de garantizar el ejercicio de los derechos colectivos mediante mecanismos que no individualicen los bienes colectivos. Quienes formamos parte de una institución académica y/o gubernamental tenemos un gran reto en ese sentido.

Hay que subrayar el hecho de que las mujeres tenemos el derecho humano de ser atendidas en nuestra propia lengua y por quien nosotras decidamos, por lo tanto:

- ✚ La práctica de las parteras indígenas **no se puede condicionar** al cumplimiento irrestricto de todas las normas de la Secretaría de Salud, ya que dos de ellas contravienen lo establecido por la Constitución.
- ✚ El otorgamiento de apoyos económicos por parte de programas sociales **no se puede condicionar** a que las mujeres embarazadas asistan a las clínicas u hospitales.
- ✚ **Es ilegal** amenazar o prohibir a las parteras que atiendan partos en casa.
- ✚ **Es ilegal** que las autoridades sanitarias no permitan que las parteras llenen los certificados de nacimiento para los bebés que atienden, pues ello viola el derecho de los niños y niñas al registro civil establecido en el Artículo 4 de la Constitución y el derecho humano de tener su documento oficial de identidad y nacionalidad.

¹⁸ La autora hace referencia al Panel: Buenas Prácticas y Estrategias para el Fortalecimiento de la Partería Tradicional de la 3era. Edición del Seminario “Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica y en su Defensa como un Derecho Cultural”.

Presupuesto para partería tradicional

Daniela Francisca Díaz Echeverría*

El reconocimiento a la partería tradicional, como un componente central de la medicina tradicional y del patrimonio cultural de los pueblos originarios, dista mucho de ir acompañada de un presupuesto público que realmente sea un pilar para su preservación. De tal suerte, que por ejemplo se identifique como un componente sustantivo de una política pública de alcance nacional.

La Secretaría de Salud y el sistema de fondos transferidos directamente de hacienda federal a los gobiernos estatales, son las rutas principales para financiar distintas acciones dirigida a la partería tradicional. Básicamente orientadas a la capacitación de parteras, en mucha menor medida a acciones vinculadas directamente al reconocimiento para la prestación de la atención en salud materna, como por ejemplo sólo Oaxaca financió para la *Hoja de referencia y contrareferencia del programa de parteras tradicionales*, las demás acciones con presupuesto requerirían de articulación con los actores e instancias de las redes de atención. Es el caso de la capacitación, o de la provisión de maletines que concentró más del 36 por ciento del recurso en partería tradicional en el año 2016, con una asignación de 3,32 millones de pesos, cuando partería tradicional contó con 9,07 millones de pesos para 22 estados de la República.

De todas formas, la asignación siempre representa un porcentaje mínimo del gasto del programa de Salud Materna y Perinatal, en el año 2015 representó el 1,77 por ciento del total del presupuesto de la Secretaría de Salud federal para dicho programa de los 12 estados que establecieron recursos para partería tradicional. En cambio, para el año 2017 significó solamente el 0,36 por ciento de las 8 entidades que etiquetaron para tal acción. En consecuencia, se presenta un comportamiento errático de montos y distribución o compromisos territoriales.

A lo cual se suma, una política de reducción en la asignación de recursos financieros en los últimos años, que conllevaría un retroceso significativo y problematizaría el posicionar a la partería tradicional desde la política pública y los mecanismos del Estado. Es así que, sumando las fuentes de financiamiento con las que cuentan las entidades federativas provenientes de Hacienda y de la Secretaría de Salud, se presentó

una tasa de decrecimiento de un -78,38 por ciento entre 2017 y 2016, y de -75,08 por ciento entre 2017 y 2015.

La paradoja está en que administrativamente existen las plataformas de gestión para planear acciones con presupuesto, estos ejercicios son una muestra palpable de la viabilidad, inclusive por el fondo radicado desde la Secretaría de Hacienda federal, hubo estados que destinaron presupuesto para el pago a parteras tradicionales (Nayarit, Tamaulipas y Zacatecas), ante lo que es pertinente de llamar la atención que se cuenta tanto con el código de contratación como con un tabulador salarial emitidos por la Secretaría de Salud federal, estableciendo atribuciones conforme a sus conocimiento en la atención del embarazo, parto y puerperio, y un salario de 13 mil 542 pesos mensuales que nunca se ha aplicado.

Es de resaltar la nula rendición de cuentas sobre el uso de los recursos comprometidos para partería tradicional, sociedad civil ha accedido a esta, haciendo uso de los instrumentos normativos de transparencia federal y locales. Por tanto, es fundamental la implementación real de la transparencia sobre el quehacer final de los compromisos en actividades y gasto definidos por las instancias nacionales y estatales. De la mano de la participación de las organizaciones y actores sociales que son parte y están comprometidos en el resguardo y continuidad en dignidad de la partería tradicional. Un saber ancestral es prioridad del Estado, cuando se ancla desde las protagonistas con estrategias patentes, el presupuesto es un mecanismo que por un lado permite no dejar dudas al respecto y por el otro, es una plataforma de participación seria.

Finalmente, en una política presupuestaria con dinámicas cambiantes, al momento de aplicar recortes más amplios al sector salud, al programa en Salud Materna y Perinatal en general, obviamente asignar recursos a partería tradicional está en una condición débil para enfrentar tal escenario de carencia de recursos, entra a competir en prioridades y carece de condiciones de prácticas sostenidas en la planeación y programación, lo cual sin voluntad política de los tomadores de decisión, agregando la confluencia de actores intersectoriales para que se revierta, es sumamente complejo de concretar.

* Escrito presentado en el seminario “La Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica”, en mayo de 2017.

CAPÍTULO IV

LA RECOMENDACIÓN GENERAL DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS 31/2017 SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Comentarios a la Recomendación General CNDH/31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud

Alicia Márquez Murrieta¹⁹

Introducción

En el texto me interesa explorar la manera en que fue “construido” el documento de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, poniendo particular énfasis en algunos elementos del contexto retomados en él. Dicho interés tiene que ver con aprehender el desarrollo de una temática que se va haciendo visible y se va discutiendo en diferentes arenas públicas y por distintos actores. Resulta así fundamental comprender de qué manera la Recomendación retoma elementos que ya estaban disponibles a nivel internacional y nacional sobre lo que significa la violencia obstétrica en general y en México, pero también cómo los “teje” en un todo y orienta hacia algún lugar sus observaciones. La Recomendación se integra así en un campo de controversias que van especificando la temática misma, sus consecuencias, los responsables y las soluciones.

¹⁹ Alicia Márquez Murrieta es investigadora del Instituto de Investigaciones Dr. José María Mora. El capítulo que se presenta es una reelaboración de la presentación realizada en el *Foro Bienestar Obstétrico*, llevado a cabo en Mérida Yucatán el 28 de noviembre 2017, cuyo objetivo era justamente analizar desde diversas perspectivas la *Recomendación 31/2017* y con ello también contribuir a su visibilidad y publicitación, buscando impactar en la opinión pública, una de las fortalezas tanto de la comisión nacional como de las comisiones estatales, por ejemplo, la de Yucatán. El foro tenía también el objetivo de enmarcar la reflexión en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

²⁰ Como señalaré más adelante, si bien está presente dicha reflexión, incluida otra acerca del parto respetado, parto humanizado, parto intercultural (ver, por ejemplo, páginas 70 a 76), no es muy clara la relación entre estos diferentes saberes, técnicas y prácticas y la manera en que se orienta a que se establezcan las interacciones entre estas instituciones. Sí aparece una mención al enfoque “Humanizado,

Brevemente dicho, la temática en torno a los cuerpos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto y a las personas e instituciones “autorizadas” para hacerse cargo de ellos, tiene que ver con una larga historia de disciplinamiento del cuerpo de las mujeres por diversas razones: un orden económico que se iba gestando; una configuración familiar que también se necesitaba; una profesión que se iba constituyendo, la cual iba excluyendo a otros saberes y personajes (líneas de reflexión que son expuestas también en la Recomendación).

A lo largo de los siglos y particularmente hacia fines del XIX e inicios del XX este proceso fue llevando a una mayor medicalización del cuerpo de la mujer (incluso, más recientemente, a una sobremedicalización) y a una exclusión paulatina de las mujeres de los saberes asociados al embarazo y al parto. Proceso que se fue dando tanto en embarazadas como en parteras.

Ello nos trae a una reflexión actual sobre la compleja relación en nuestro país entre biomedicina (en donde se ubicaría en buena medida el Sistema Nacional de Salud mexicano) y la partería (profesional y tradicional). Dimensión que es tematizada por la Recomendación.²⁰

El comentario crítico que realizo en estas páginas, también se vincula con mi interés, más general, por comprender cómo una temática se hace visible y es discutida por diferentes actores, cómo se establecen controversias para ver de qué se está hablando, cuáles son las consecuencias de aquello que se dice, quiénes son los responsables, quiénes las víctimas y cómo se busca resolver el problema. Es en este marco, que pueden ser leídas mis anotaciones sobre la *Recomendación General 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*.

Puntos a destacar del documento

Antes de la elaboración de la Recomendación, la Comisión Nacional de Derechos Humanos había realizado 28 recomendaciones relacionadas con la temática, utilizando expresamente la categoría de violencia obstétrica (en el 2015, 2016 y 2017).²¹ Independientemente de su inclusión en la ley (de manera indirecta, a través

Intercultural y Seguro” en las recomendaciones, así como la recomendación para implementar políticas públicas relacionadas con la partería tradicional en México y para vincular a parteras (parteras) tradicionales al Sistema Nacional de Salud, pero no es muy clara la relación con otras dimensiones del Sistema de Salud (por ejemplo, parteras profesionales), incluso en esta parte de recomendaciones.

²¹ La cantidad de 28 recomendaciones es indicada en el documento puesto que llega hasta julio de 2017 (momento de su publicación). En el Instituto Mora y con el becario Ismael Ruiz Ramos (a quien agradezco profundamente el trabajo que hizo para la investigación) realizamos una revisión de las recomendaciones y encontramos que se habían publicado 33 recomendaciones hasta el 29 de septiembre de 2017, la número 46/2017. Actualizando la información hasta noviembre de 2019 se cuentan 17 recomendaciones adicionales sobre violencia obstétrica en México. Es decir, en el lapso de cinco años 2015-2019 se han emitido 50 recomendaciones puntuales y 1 general.

de diversos tipos de violencia desde la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*) esta categoría empieza a utilizarse hacia 2010 y su uso más generalizado, en diferentes espacios y por diferentes actores, tardará algunos años. En la CNDH inicia hacia 2015.

La importancia de la Recomendación para el tema de la violencia obstétrica en México es que establece y sintetiza algunos de los temas centrales en torno de esta compleja temática; además, el documento marca parámetros, orienta discusiones y acciones. El documento tiene muy claro el objetivo: “Este Organismo Nacional considera que la falta de información estandarizada, exhaustiva y consensuada, criterios de identificación y definiciones sobre el maltrato a las mujeres durante el parto en las instalaciones de salud, complica la investigación y el desarrollo de herramientas para hacer frente a esta problemática” (p. 7).

En efecto, una de las principales dificultades de la categoría de violencia obstétrica, como de muchas otras, es la multiplicidad de dimensiones y prácticas a las que refiere, la dificultad para establecer de manera precisa cuál es exactamente el problema, quiénes los responsables y cuál es la solución. En la Recomendación 31/2017 se percibe un esfuerzo por describir las prácticas que deberían ser aprehendidas como violencias obstétricas en tanto faltas a los derechos humanos, el marco normativo nacional e internacional con el que se relacionan, así como aquellas figuras y autoridades que serían las principales responsables del problema y qué tipo de acciones deberían desarrollar para resolverlo.²²

Además de lo ya dicho, sintetizo en cuatro puntos su relevancia: la temática se inserta claramente en una problemática de género, resaltando la presencia de estereotipos, actitudes y prejuicios presentes en las interacciones entre el personal de salud y las mujeres (dentro de un marco institucional público o privado) durante el embarazo, el parto y el posparto; asimismo, se coloca en perspectiva histórica a la práctica obstétrica y se destacan algunas reflexiones que se han hecho sobre el modelo biomédico que implica la mayor medicalización que se ha dado y la exclusión de las mujeres de un saber y una práctica;²³ la Recomendación también manifiesta la importancia de lograr descripciones precisas de las prácticas para poder medir los avances o retrocesos en materia de derechos humanos (para ello dedican una sección del documento a exponer lo ya establecido en 28 recomendaciones anteriores); contribuye a sintetizar, organizar y establecer algunos de los temas centrales en torno

²² En este sentido resulta muy interesante la reflexión de Joseph Gusfield (*La cultura de los problemas públicos. El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente*, Argentina, Siglo XXI, 2014 [1981], acerca de detectar en una temática cómo se va pasando de la responsabilidad causal a la responsabilidad política, y cómo se van especificando a través de dicho proceso quiénes serían los responsables de resolver la problemática, en este caso la de la violencia obstétrica en el país.

²³ Sin embargo, estas importantes afirmaciones, tanto la de los estereotipos como la perspectiva histórica y la medicalización, se van diluyendo y son retomadas de manera tenue en las conclusiones y recomendaciones.

de esta compleja temática, enfatizando el respeto y la garantía a la autonomía y dignidad de las mujeres (incluyendo contextos interculturales).

Antes de realizar una radiografía del documento también es importante señalar algunas distancias críticas generales. Si bien en la Recomendación se vierten ideas y ejes fundamentales de la temática y resulta una síntesis bastante completa de las diversas dimensiones que tendrían que abordarse, se pierden algunas puntualizaciones clave y no se engarzan en una argumentación que vaya llevando de una idea a otra y extrayendo las consecuencias de dicho hilo argumentativo. Por ello, algunas quedan sueltas o incluso resultan contradictorias o superpuestas. Por ejemplo, se introduce un énfasis que no siempre he detectado sobre la necesaria inclusión en la reflexión de los servicios privados de salud. De suyo es muy importante la mención pero queda deshilvanada a lo largo del documento; otros ejemplos son, la alusión a la problemática de las cesáreas que no siempre son necesarias; la mención, en algunas partes, de las mujeres y los recién nacidos y en otras solamente de mujeres (sin explicar cuándo aplicaría una y cuándo otra);²⁴ asimismo, y esto es muy importante para la preocupación actual acerca de la partería, en algunas partes del documento se señala el papel que podrían jugar las parteras profesionales, mencionando en otro parte del documento a la partería tradicional, sin reflexionar más profundamente sobre el tipo de interacciones que deberían sostener entre ellas, por un lado, y con el personal de salud, por el otro. Hacia el final del documento se reflexiona sobre la importancia de la partería tradicional (aquí ya no se aborda la profesional y no se explica por qué) y se le dedica una larga recomendación.

Breve radiografía

La Recomendación 31/2017 es cuidadosa al señalar que al abordar la temática no se trata de ir en contra del personal de salud, ni de criminalizarlo, sino que se busca hacer evidente una problemática y tratar de aclarar cómo se da, qué actores participan en ella y cuáles son las responsabilidades y soluciones, en un marco de los derechos reproductivos de las mujeres en tanto derechos humanos; construir un “marco teórico y conceptual referente para el personal médico en el desempeño de su servicio, una guía para las autoridades al momento de adoptar políticas públicas, y una herramienta

²⁴ Aquí, incluso, se detecta cierta ambigüedad sobre el estatus del “producto de la gestación” y sobre la manera en que se menciona el “binomio materno-infantil”; ambigüedad que llama la atención en un documento emitido por la CNDH y sobre la cual debería reflexionarse más; particularmente sobre la sección titulada “La interconexión entre los derechos de la mujer y el producto de la gestación” (pp. 64-69), enmarcada en el inciso g) Derecho a la vida (p. 64).

útil para las mujeres, víctimas y organizaciones de la sociedad al momento de exigir la satisfacción plena de sus derechos, así como la reparación del daño” (p. 4-5).

Realizo en este apartado una breve radiografía de la Recomendación. Es un documento de 83 páginas y se compone de cinco partes: 1. Sin título (pp. 1-2); 2. Antecedentes (pp. 3-7); 3. Situación y fundamentación jurídica (7-27); 4. Observaciones (27-81; con un subapartado “D. Conclusiones de esta Comisión Nacional” pp. 76-81); 5. Recomendaciones (pp. 81-83). En la primera se establecen las bases que dan sustento a los dichos de la Recomendación, es decir, el marco normativo que justifica que la CNDH establezca su recomendación, a quién va dirigida y de qué derecho humano se trata. El marco de los derechos humanos que tiene la obligación de monitorear la política pública y en este caso la temática de la igualdad entre hombres y mujeres; dentro de ella, observar el acceso de las mujeres a los servicios de salud y en este sentido dirige las recomendaciones a las instituciones de salud (públicas y privadas) que integran el Sistema Nacional de Salud. El derecho que se analiza es el de la protección de la salud.

En la segunda parte llamada “Antecedentes” se profundiza en definir cuál es el problema, quiénes son los responsables, quiénes las víctimas. Es un lugar clave del documento puesto que se establece con claridad de qué se trata el problema:

En el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida y salud en relación con la protección de la salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con la violencia de género, y tiene relación “con un modelo biomédico que desestima los elementos emocionales y sociales de la salud dando predominio al cuerpo y los elementos biológicos”. (p. 4).²⁵

Es también una de las secciones de la Recomendación en donde aparecen más referencias a textos académicos y de organizaciones de la sociedad civil que sistematizan la temática.

En la tercera “Situación y Fundamentación Jurídica” es en donde se vinculan las faltas que se detectan con el desarrollo normativo del sistema universal e interamericano, de

²⁵ En el documento citan un texto de 2010 de José Almaguer, Hernán García y Vicente Vargas (ver bibliografía).

la región latinoamericana; también se enlistan las leyes, convenciones, modelos que abordan la violencia obstétrica en Latinoamérica y en México; para México se concentran en la les leyes nacionales, estatales y las normas oficiales.

Lo que se realiza en este apartado es un trabajo de “enmarcamiento” y de “traducción” entre las prácticas que son muchas y muy variadas y los documentos normativos. Esta sección es fundamental puesto que, por un lado, se recategorizan las prácticas señalando lo que tienen de inadecuadas, pero además se les vincula a instrumentos normativos que podrían convertir las “prácticas incorrectas” en faltas legales (al menos algunas de ellas).

Hoy contamos con una gran batería de documentos normativos internacionales y nacionales, producto de años de luchas y movilizaciones y del quehacer conceptual y militante de diferentes actores, entre ellos los feminismos; este tipo de documentos sirve para las argumentaciones de diferentes instituciones, en esta ocasión de la CNDH.

Como ya señalé, así como en otros campos, en el de la violencia obstétrica tener claro quiénes son los responsables de cometer las faltas resulta en algunas ocasiones difícilmente aprehensible. Una de las razones es que el personal y las instituciones de salud son parte del problema, pero también están llamados a hacer algo para resolverlo (con la intervención por supuesto de la figura estatal).

En la cuarta parte titulada “Observaciones” se especifican aún más las prácticas de la violencia obstétrica; aquí se establece una importante distinción con la negligencia médica. La negligencia médica según el documento “es una conducta en que incurre personal médico o profesional de salud hacia cualquier persona, **independientemente de su género**. Por su parte, la violencia obstétrica, es una conducta en que incurre el personal médico y/o profesional en salud, y/o servidores públicos del hospital y de cualquier orden de gobierno, **que tiene su origen o sustento por cuestiones de género**.” (p. 29, resaltado mío). Vemos aquí uno de los esfuerzos para ir especificando las responsabilidades y el área práctica y específica en donde se estaría cometiendo la falta.

También, especifican las conductas:

En la negligencia médica la(s) conducta(s) realizada(s) pueden consistir en: descuido, omisión, impericia, imprudencia y, falta de diligencia, entre otras, que pueda afectar **la salud e integridad de una persona**, es decir, incumple con las normas técnicas, parámetros y estándares mínimos que regulan la profesión. Por lo que hace a la

violencia obstétrica, la(s) conducta(s) realizada(s) puede(n) consistir en: descuido, omisión, impericia, imprudencia, falta de diligencia y/o discriminación, entre otras, cometidas por los prestadores de servicios de la salud que violentan los derechos humanos **de las mujeres**, por una deshumanizada atención médica **a las mujeres**, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, durante el embarazo, parto o puerperio, que genera una afectación física, psicológica o moral e incluso la pérdida de la vida **de la mujer**. (p. 29-30, resaltado mío).

“En ambos casos se incumple con las normas técnicas, parámetros y estándares mínimos que regulan la profesión” (p. 30).

En esta parte de “Observaciones” se exponen asimismo elementos de las 28 Recomendaciones publicadas entre 2015 y 2017 con el fin de detectar los derechos humanos que con mayor frecuencia han sido transgredidos, en qué consisten y su vinculación con las normas nacionales e internacionales. Aquí se añade un subapartado en donde se exponen otras formas de parto como el respetado, el intercultural, el modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro de la Secretaría de Salud.

El sub apartado “D. Conclusiones de esta Comisión Nacional” inserto en el apartado de “Observaciones” sintetiza los principales elementos vertidos en la Recomendación; ahí se orienta la mirada hacia lo que debe resaltarse y solucionarse. A partir de diversos casos se establecen los derechos humanos y las prácticas que los transgreden. Muy importante es que se esquematizan los derechos que se afectan y se les vincula de manera precisa con las “Conductas y prácticas que constituyen violencia obstétrica”: derecho a una vida libre de violencia, a la protección de la salud, a la información y al libre consentimiento informado, a la libertad y autonomía reproductiva, a la igualdad y no discriminación, a la integridad personal, a la vida (pp. 78-80).

La última parte, “Recomendaciones Generales” objetivo central de los documentos de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y en donde se encuentran las guías de acción indicadas para diversas dependencias, en este caso para las instituciones de salud públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, contiene las seis recomendaciones que a continuación sintetizo: la primera tiene que ver con el adecuado diseño y ejecución de la política pública capaz de prevenir violaciones a los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio; una política pública que tenga a la mujer como protagonista central, manteniendo la perspectiva de derechos humanos y género y con claras estrategias para lograr capacitar y sensibilizar de manera continua al personal de salud, con el fin de contrarrestar los

prejuicios basados en la discriminación de las mujeres. También se señala que dicha política pública debe dar información a las mujeres usuarias sobre sus derechos y cómo ejercerlos.

La segunda orienta la mirada hacia el tema de los presupuestos y la necesidad de mejorar la infraestructura hospitalaria, sobre todo en zonas alejadas y de marginación social. También se señala la necesidad de contar con médicos que atiendan de forma adecuada a quienes solicitan el servicio, principalmente en el área de urgencias.

La tercera tiene relación con diferentes modelos de atención del embarazo, parto y puerperio, en particular recomienda se implemente el Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro de la Secretaría de Salud en todo el Sistema Nacional de Salud para lograr disminuir “la mortalidad materno-infantil, la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género” (p. 81).

La cuarta repite un poco lo ya dicho, recomendando la implementación de campañas de promoción de derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres.

La quinta retoma la temática de la partería tradicional y recomienda adoptar las “medidas necesarias para fortalecer el proceso de vinculación de las parteras y parteros tradicionales al Sistema Nacional de Salud” (p. 82) y menciona la necesidad de mejorar el entorno jurídico e institucional. Señala asimismo algunas medidas particulares para lograr impulsar la partería en México, que son enunciativas más no limitativas (aclarar la recomendación). Las transcribo dada la temática central del libro en el que se publica mi capítulo:

Asegurar el acceso y destinar espacios adecuados en los hospitales para que las parteras y parteros tradicionales puedan asistir y brindar acompañamiento a las mujeres embarazadas; impartir cursos y/o talleres y desarrollar campañas de sensibilización dirigidos al personal médico que labora dentro de Sistema Nacional de Salud sobre la importancia y el respeto de la partería tradicional; proveer a las parteras y parteros tradicionales de los instrumentos necesarios para prestar sus servicios en condiciones idóneas (distribución de suministros, maletines obstétricos o sencillos estuches desechables para asegurar las buenas condiciones higiénicas de los partos, organización de sistemas de transporte para trasladar los embarazos patológicos, mejoramiento del procedimiento de envío de casos); asegurar que el material que se les facilite durante su capacitación sea culturalmente adecuado e implementar los mecanismos para la sistematización de los resultados y beneficios del ejercicio de la partería. (p. 82).

La sexta tiene que ver con la formación de médicos y/o especialistas y la necesaria introducción del estudio de la violencia obstétrica, tomando en cuenta el análisis de la Recomendación 31/2017.

Dado que la Recomendación 31/2017 es general “no requiere de aceptación por parte de las instancias destinatarias” y “tiene el carácter de pública y se emite con el propósito de que se promuevan los cambios y modificaciones de disposiciones normativas y prácticas administrativas que constituyan o propicien violaciones a los derechos humanos” (p. 83).

Contexto del uso de la categoría de violencia obstétrica

Ya señalaba que la Recomendación retoma algunos ejes que se encuentran también en la literatura especializada y en los debates de diferentes actores.²⁶ Sintetizo los más relevantes:²⁷ si pensamos a la violencia obstétrica bajo una perspectiva de género se enfatiza que el poder obstétrico, que a su vez constituye una forma de poder disciplinario, tiene como resultado producir cuerpos sexuales y dóciles y que ello se encuentra en estrecha relación con el “permitirse” violencia sobre ellos, en este caso durante un segmento de la vida de las mujeres (el cual, además, está sobrecargado simbólicamente).

También existe una importante reflexión sobre el entramado multifactorial e interacción que se da entre la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud, sacando la discusión, por lo tanto, de una dimensión de individuos. Lo anterior lleva a pensar en la dimensión de las instituciones generizadas y el orden de género. Y por supuesto, inserta de inmediato la problemática dentro de las obligaciones del Estado y la necesidad de desarrollar adecuadas políticas públicas.

Otra línea, cercana a la anterior es la importancia de pensar la violencia obstétrica asociada a estereotipos de género, los cuales estarían influyendo en comportamientos y actitudes de los prestadores de los servicios de salud (públicos y privados). Lo anterior se vincularía con profundizar y ampliar una visión que se había

²⁶ Es relevante destacar el contexto, la Recomendación misma y sus interacciones porque nos da pistas de cómo se va construyendo un campo de disputa en donde se va abordando la temática de la violencia sobre los cuerpos de las mujeres, en particular durante el embarazo, el parto y el posparto; con ellos se pueden ir detectando los principales actores y autores y los ejes argumentativos que van logrando centralidad. No son ajenos al proceso, los académicos y sus investigaciones.

²⁷ Realizo aquí algunas síntesis de argumentaciones presentes en diversos textos académicos. Los principales son: Gabriela Arguedas, “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense” 2014; Marbella Camacaro, “Patologizando lo natural... Naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica”, 2009; Roberto Castro y Joaquina Erviti, *Sociología de la*

venido dando en donde la problemática era abordada solamente a partir de un enfoque de salud pública y una perspectiva gerencial al hablar de la calidad de los servicios. Diversos autores y ello es mencionado en la Recomendación, dirían que esto debe tomarse en cuenta pero que el problema es mucho más complejo y estructural (por ejemplo, debe tomarse en cuenta la formación autoritaria del campo médico).

Recientemente se ha retomado la reflexión (presente también en otros momentos) de la necesaria incorporación de otras formas de acercarse y aprehender el embarazo, el parto y el posparto acudiendo a los desarrollos y avances que se han hecho en el parto humanizado o en la antiquísima tradición de la partería, en su vertiente profesional o tradicional.²⁸

Ahora bien, ¿cómo ha sido definida la violencia obstétrica? ¿Cuáles son sus componentes? Dentro de las definiciones de violencia obstétrica que manejan diferentes actores, entre ellos miembros de la academia y de la sociedad civil organizada, algunos de ellos mencionados en la Recomendación (incluso enviando a las referencias precisas de estos autores que han contribuido con la configuración y la visibilidad de la categoría de violencia obstétrica) podemos encontrar las siguientes:²⁹ se trataría de un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres, adolescentes y niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y de manera mucho más intensa en el periodo del embarazo, parto y posparto; se trata de una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres que se da, sobre todo, durante la atención institucional del parto, en los servicios de salud, públicos y privados durante el embarazo, el parto y el puerperio; que integra de forma multifactorial violencia institucional y de género. Con respecto a la dimensión de derechos reproductivos, se estaría pensando en los siguientes: igualdad, no discriminación, salud, autonomía reproductiva, información, integridad.

La violencia puede ser física y psicológica. La primera va desde regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de información y negación del tratamiento, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia, no informar sobre lo que ocurre, coacción para tener consentimiento; hasta formas más graves, como esterilización, daño permanente a la salud de la paciente y violaciones más graves de derechos.³⁰

práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos, 2015 y “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, 2014.

²⁸ En un texto realizado en 2016 señalo que este camino ha sido pensado desde hace algunos años como una manera para resolver el maltrato de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio en los servicios públicos y privados de salud en México.

²⁹ También aquí realizo una síntesis de algunas definiciones: GIRE, *Violencia Obstétrica. Un enfoque de Derechos Humanos*, México, 2015; R. Castro y J. Erviti, *Op. Cit.*, n. 9, p. 10, 2015.

³⁰ Según varios documentos (y es una posición que defiende una organización de la sociedad civil, el Grupo de Información en Reproducción Elegida) no sería recomendable que las definiciones de violencia obstétrica se redactaran a partir de un listado de conductas específicas y exhaustivas. Ello podría llevar, argumentan, a que el

¿Y cómo define la Recomendación a la violencia obstétrica?:

“Para este Organismo Autónomo, se trata de la violencia perpetrada por los prestadores de servicio de salud sobre el cuerpo y los procedimientos reproductivos de las mujeres; es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer, es decir, es una problemática consecuencia de diversos factores, que transgrede múltiples derechos humanos” (p. 35). Se trata entonces de una práctica que se encuentra en la intersección entre dos violencias: la institucional y la de género durante el embarazo, el parto y el puerperio; que ocurre en hospitales públicos y privados (cf. diagrama expuesto en la p. 35).

Breves comentarios conclusivos

El documento que aquí analizo brevemente es fundamental en el debate actual en México y en la visibilidad y legitimidad de la temática. En ese sentido, no puede dejarse de lado lo que en él se señala sobre la interrelación entre las dimensiones de la violencia obstétrica y los marcos de la perspectiva de género y de los derechos humanos; también que en este campo hay una expresión del poder obstétrico, en tanto poder disciplinario, así como un orden y una jerarquía de género que permea en la interacción entre personal de salud y mujeres (la partería profesional y tradicional, podrían también presentar estos rasgos).

La violencia obstétrica se establece en mayor medida en un marco institucional y el Estado debe hacerse cargo de resolver el problema y de garantizar el derecho a la salud y muchos otros que están asociados.

Bibliografía

- ALMAGUER, José; GARCÍA, Hernán; VARGAS, Vicente, “La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud”, *Revista Género y Salud en Cifras*, vol. 8, núm. 3, septiembre-diciembre 2010, pp. 3-20.
- ARGUEDAS, Gabriela, “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”, *Cuadernos Inter-c-a-ambio sobre Centroamérica y el Caribe*, vol. 11, núm. 1, enero-junio 2014, pp. 145-169.
- BELLÓN, Silvia, “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”, *Dilemata*, año 7, núm. 18, 2015, pp. 93-111.
- BERRÍO, Lina, “Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas”, *Género y Salud en Cifras*, vol. 13, núm. 3, septiembre-diciembre 2015, pp. 4-12.
- CAMACARO, Marbella, “Patologizando lo natural... Naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica”, *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 14, núm. 32, junio 2009, pp. 147-162.
- CASTRO, Roberto; ERVITI, Joaquina, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, México, CRIM-UNAM, 2015, 320 p. “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, *Revista CONAMED*, 19, núm. 1, enero-marzo 2014, pp. 37-42.
- Castro, Roberto, “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, abril-junio 2014, pp. 167-197.
- COLANZI, Irma, “De brujas y parteras: disciplinamiento y violencia obstétrica”, ponencia presentada en las *VIII Jornadas de Sociología de la UNLP*, Ensenada, Argentina, 3 a 5 de diciembre de 2014, 15 p.
- COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, *Recomendación General de la CNDH 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*, México, 31 de julio 2017, 83 p.
- FREYERMUTH, Graciela; ARGÜELLO, Hilda, “Viejos y nuevos rumbos de la partería profesional en México”, en Sánchez, Georgina (Ed.), *Imagen instantánea de la partería*, México, EcoSur, Asociación Mexicana de Partería, A.C., pp. 20-47, 2015.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA, *Violencia Obstétrica. Un enfoque de Derechos Humanos*, México, GIRE, Fundación Angélica Fuentes, 2015, 104 p.
- GUSFIELD, Joseph, *La cultura de los problemas públicos. El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente*, Argentina, Siglo XXI, 2014 [1981].

campo fuera limitativo y convertirse en un obstáculo para la identificación de conductas, así como para el acceso de las víctimas a la justicia y a una reparación integral.

MACHADO, Alejandra, *¿Cómo parimos? De la violencia obstétrica al parto humanizado*, Trabajo Final de Grado, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo, octubre 2014, 31 p.

MÁRQUEZ, Alicia, “El maltrato de las mujeres embarazadas en los servicios de salud: un fenómeno en proceso de categorización y estabilización” en Murguía, Adriana y Ordorika, Teresa, *La medicina en expansión. Acercamientos a la medicalización en México*, México, UNAM, La Biblioteca, pp. 117-141, 2016.

SIEGLIN, Veronika; SÁNCHEZ, Georgina, “La reconquista de los partos humanizados”, *EcoFronteras, Revista cuatrimestral de divulgación de la ciencia*, EcoSur, vol. 19, núm. 54, mayo-agosto 2015, pp. 22-25.

VILLANUEVA-EGAN, Luis, “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, *Revista CONAMED*, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre 2010, pp. 147-151.

ZACHER, Lydia, “Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices”, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 29, issue 4, pp. 437-454, 20



RECOMENDACIÓN GENERAL No. 31/2017
SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD.

Ciudad de México, a 31 de julio de 2017

SEÑORAS Y SEÑORES SECRETARIOS DE SALUD, DE LA DEFENSA NACIONAL Y DE MARINA; GOBERNADORA Y GOBERNADORES DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS; JEFE DE GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, Y DIRECTORES GENERALES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO Y DE PETRÓLEOS MEXICANOS.

Distinguidos (as) señores (as):

I El artículo 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que todas las autoridades tienen el deber para que, en el ámbito de su competencia, promuevan, respeten, protejan y garanticen los

derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

2 Por su parte el artículo 6º, fracción VIII, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos prevé como atribución de este Organismo Nacional, proponer a las diversas autoridades del país en el exclusivo ámbito de su competencia que se promuevan los cambios y modificaciones de leyes y reglamentos, así como de prácticas administrativas, que procuren y garanticen una mejor y más amplia protección de los derechos humanos. En tal virtud y conforme a lo dispuesto en el artículo 140 del Reglamento Interno de esta Comisión Nacional, se emite la presente Recomendación General.

3 La emisión de esta Recomendación General, también se fundamenta en los artículos 6º, fracción XIV Bis de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 46 de la Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, que disponen que la observancia del seguimiento, evaluación y monitoreo de la Política Nacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres es competencia de este Organismo Constitucional, misma que consiste en la evaluación del impacto en la sociedad de las políticas y medidas que afecten a los hombres y a las mujeres en materia de igualdad.

4 De este modo, la observancia de la política de igualdad para la Comisión Nacional, tiene como ejes de análisis y evaluación, las estrategias del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, que en la estrategia 4.2 denominada *"impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida"*, establece diversas líneas de acción específicas para el Sistema Nacional de Salud.

I. Con fundamento en lo anteriormente expuesto, este Organismo Autónomo dirige la presente Recomendación General a los titulares de las instituciones de salud señaladas, ya que de acuerdo con el artículo 5º de la Ley General de Salud, integran el Sistema Nacional de Salud: *"[e]l Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud"*.

ANTECEDENTES.

5 Las etapas del embarazo, parto y puerperio, constituyen un proceso fisiológico y multidimensional de las mujeres, en el que se debe proteger su vida y su salud, así como respetar y garantizar su autonomía, dignidad y derechos humanos. Desde esta perspectiva, la maternidad además del aspecto médico, involucra las nociones de equidad y violencia de género.

6 En este sentido, el personal encargado de proveer los servicios de salud a la gestante, debe conducirse con respeto a sus derechos humanos, situación que en algunas ocasiones no acontece, ya que las afectaciones hacia los derechos y salud reproductiva de las mujeres, ocurridas durante la atención al embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, son una práctica que aqueja a las mujeres y adolescentes³¹ gestantes, sin desconocer que existen casos de niñas embarazadas³². Esta mención, se realiza teniendo presente el impacto significativo que el embarazo tiene en la vida de niñas y adolescentes. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Deserción de la Educación Media Superior, el 30.7% de las adolescentes embarazadas de menos de quince años en 2011 dejaron la escuela.

7 En el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva,

se encuentra vinculada con la violencia de género, y tiene relación “con un modelo biomédico³³ que desestima los elementos emocionales y sociales de la salud dando predominio al cuerpo y los elementos biológicos”³⁴.

8 En este contexto surge el término violencia obstétrica, con el objeto de visibilizar e identificar las causas que reproducen la violencia contra la mujer, ocurrida bajo dichas circunstancias; cabe destacar que este concepto es de reciente data, como se analizará más adelante.

9 Esta Comisión Nacional advierte que éste es un problema que desde hace años afecta a algunas mujeres embarazadas. Tales violaciones, a partir de 1960, han dado lugar a movimientos sociales de emancipación de la mujer³⁵ y a favor del parto respetado o humanizado³⁶, mismos que abogan por un procedimiento de nacimiento libre de presiones e injerencias externas y demandan el respeto de sus derechos y salud reproductiva.

10 Es así que a través del término violencia obstétrica, es posible construir un marco teórico y conceptual referente para el personal médico³⁷ en el desempeño de su servicio, una guía para las autoridades al momento de adoptar políticas públicas, y una herramienta útil para las mujeres, víctimas y organizaciones de la sociedad civil al momento de exigir la satisfacción plena de sus derechos, así como la reparación del daño.

II La violencia obstétrica tiene uno de sus orígenes en las relaciones asimétricas de poder donde convergen el género, las jerarquías, la “lucha por la posesión del conocimiento legitimado”³⁸, la influencia del sexismo y el

³¹ La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Enlace: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

³² Convención sobre los Derechos del Niño. **Artículo 1º:** “...se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”.

³³ De acuerdo con este modelo, la enfermedad es un fallo del cuerpo, el cual debe ser diagnosticado y reparado por el médico. El modelo biomédico es ajeno a las cuestiones sociales o psicológicas. Engel, G. L. “The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science”. 1977. Página 130.

³⁴ Almaguer González, José Alejandro. García Ramírez, Hernán José. Vargas Vite, Vicente. “La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las instituciones de salud”, septiembre-diciembre 2010. Publicado en la revista “Género y Salud en cifras” de la Secretaría de Salud. Página 5.

³⁵ Boston Women’s Health Book Collective (BWHBC) “Women and their bodies, a course”.1970.

³⁶ Bellón Sánchez, Silvia. “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”. Dilemata año 7, 2015, n° 18, 113-128. Página 94.

³⁷ Por personal médico nos referiremos a “los médicos y a cualquier integrante del equipo de salud, como las enfermeras o los analistas clínicos o de gabinete, pero esto depende de las atribuciones y responsabilidades que tengan en el acto médico”. Espinosa, Eréndira. “Negligencia médica: cómo identificarla”. Procuraduría Federal del Consumidor. Sin año. Página 58.

³⁸ Op Cit, Bellón, página 93.

androcentrismo³⁹ en el campo de la medicina, la preeminencia del parto medicalizado⁴⁰ sobre el natural y el ejercicio de prácticas patriarcales⁴¹ y autoritarias sobre las decisiones y el cuerpo de la mujer.

12 El discurso dominante en la práctica médica, se manifiesta en la patologización de los síntomas “característicos de la mujer”, lo que conduce a la medicalización y apropiación de sus procedimientos naturales y fisiológicos, reforzando la desigualdad de género.

13 En ocasiones, las prácticas que constituyen violencia obstétrica son una *“forma de poder disciplinario específica, ligada a la estructura social de género propia del sistema patriarcal del cual emerge esta forma de violencia como mecanismo de disciplinamiento, control y producción de subjetividad”*⁴².

14 El análisis de este tema amerita comprender que, no obstante, el fundamental rol que ejerce el personal médico en la conservación y restablecimiento de la salud, su desempeño puede verse influido por cuestiones políticas, económicas y sociales, es decir, no se puede concebir a la ciencia médica como ajena al contexto en que se desenvuelve. En el ámbito de la academia se destaca que: *“la conceptualización de la ciencia como una práctica neutral y objetiva (...) legitima proyectos científicos que perpetúan la existencia de poderes sociales hegemónicos”*⁴³.

15 La vinculación de este suceso con el embarazo, parto y puerperio, diversifica su forma de estudio, ya que puede abordarse desde la medicina, ginecología, salud pública, filosofía, bioética, biopolítica, sociología, psicología, antropología y derechos humanos. Es necesario recoger las perspectivas y criterios de estas disciplinas, con el objeto de llegar a conclusiones y propuestas integrales.

16 Asimismo, es importante medir el impacto que la inclusión de este concepto en leyes y en la agenda pública gubernamental, ha tenido en la lucha contra la medicalización, el autoritarismo con el que algunos integrantes del personal médico se conducen y la falta de enfoque de género en los hospitales, centros de salud y clínicas.

17 De acuerdo con cifras del Sistema de Información sobre Nacimientos, (SINAC), durante 2016 ocurrieron 2,080,253 nacimientos, de los cuales 1,595,641 se presentaron en instituciones públicas, lo que representa un promedio diario de 5,699 y 4,372 nacimientos, respectivamente.⁴⁴

18 Por lo que hace a la mortalidad infantil, durante el periodo 1990-2015, esta ha disminuido en un 61.5%, en tanto que el número de defunciones en población menor de un año se ha reducido en un 64.4%. En lo relativo a la mortalidad materna, el número de muertes de mujeres embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, ha disminuido en un 63.9%, mientras que la razón de muerte materna se ha reducido en un 60.7%.

19 Este Organismo Nacional considera que la falta de información estandarizada, exhaustiva y consensuada, criterios de identificación y definiciones sobre el maltrato a las mujeres durante el parto en las instalaciones de salud, complica la investigación y el desarrollo de herramientas para hacer frente a esta problemática.

20 La presente Recomendación tiene por objeto, describir este fenómeno y hacer visible la situación de violencia que en ocasiones experimentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, para contribuir en la identificación y eliminación de toda práctica que genere violaciones a los derechos humanos de las mujeres en el contexto de la atención obstétrica.

⁹ Androcentrismo: Visión del mundo y de las relaciones sociales centrada en el punto de vista masculino. Enlace: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=androcentrismo>

¹⁰ Parto medicalizado: aquel que aun habiéndose iniciado de forma espontánea, es manejado para acortar su duración con oxitocina sintética y con la práctica de rotura artificial de membranas. Enlace: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/medicalizacion-rutinaria-del-parto>

¹¹ De acuerdo con la Directora del Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela, el patriarcado consiste en la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre mujeres, niños y niñas, es la ampliación del dominio masculino sobre la sociedad. Villegas Poljak, Asia. *“La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico”*. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. Vol. 14/Nº32. Caracas, Enero- Junio 2009. Página 125.

¹² Arguedas Ramírez, Gabriela. *“La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”*. Cuaderno Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe., Vol. II, No. 1, Enero-Junio, 2014. Página 146.

¹³ Op. Cit. Bellón, página 97.

¹⁴ Sistema de Información sobre Nacimientos. Enlace: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/sinai/indica_gral_gobmx.html

II SITUACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA.

21. En el presente apartado, esta Comisión Nacional hará referencia a la situación y progreso normativo que ha tenido la violencia obstétrica a nivel nacional e internacional.

22. El goce y disfrute del derecho a una vida libre de violencia obstétrica está supeditado a una serie de exigencias como el cumplimiento de factores institucionales y la adopción de las medidas pertinentes para alcanzar este fin; implica el respeto y garantía de los derechos a la protección de la salud y derechos reproductivos, los cuales han tenido un importante desarrollo jurisprudencial en el sistema universal e interamericano de derechos humanos, como a continuación se detalla.

❖ Sistema universal e interamericano.

23. Por lo que concierne al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, contenido en el artículo 12.I del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha sostenido que comprende los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad¹⁵:

Disponibilidad	<i>Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.</i>
Accesibilidad	<i>Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No discriminación, ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los</i>

¹⁵ Observación general 14. "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)", 22º período de sesiones, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Párrafo 12.

	<p>edificios para las personas con discapacidades. iii) <i>Accesibilidad económica: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.</i></p>
Acceptabilidad	<p><i>Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.</i></p>

Calidad	<p><i>Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.</i></p>
----------------	--

24. Asimismo, los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), reconocen que el derecho a la salud consiste en el “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.
25. En cuanto al derecho a la protección de la salud en relación con la protección de la salud reproductiva, el artículo 16.1, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, conmina a los Estados a garantizar en condiciones de igualdad los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, así como a acceder “a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.
26. En el “Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica”, la Corte Interamericana de Derechos Humanos consideró, que “[1]a falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”¹⁶.
27. Con relación a la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, la Organización Mundial de la Salud (en adelante “OMS”) ha destacado la importancia de que los Estados garanticen personal médico y de salud suficiente, con capacitación adecuada¹⁷; igualmente, ha establecido estándares sobre los cuidados que se deben de tener¹⁸ y recomendaciones concretas sobre el parto y

¹⁶ Corte IDH. “Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257. Párr. 147 y 148.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). “El derecho a la salud”. Folleto Informativo No. 31. Pág. 39. Enlace: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS). “Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud”, Ginebra, Suiza.1996.

nacimiento⁴⁹.

- 28 El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en la Recomendación General N° 24 establece la obligación estatal de “*garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos, a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles*”⁵⁰.
- 29 Por su parte, el artículo 15.3, inciso a), del Protocolo de San Salvador, obliga a “*conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto*”, mientras que el artículo VII, de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre contiene el derecho de protección a la maternidad y a la infancia.
- 30 En el 2014 la OMS se pronunció respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud, en la Declaración “*Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*”, reconociendo que: “*el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...) [e]xiste una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo*”⁵¹.
- 31 La obligación de eliminar toda afectación hacia la mujer en el contexto de la atención médica en beneficio de la salud sexual y reproductiva, es un deber previsto en el “*Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*”⁵², los “*Objetivos de Desarrollo del Milenio*”⁵³ (ODM) y los

Objetivos previstos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible⁵⁴ (ODS), adoptados en 2015 con la finalidad de que los Estados Miembros renueven su compromiso de lograr las metas propuestas en los ODM, así como acelerar su cumplimiento.

- 32 El “*Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*”, advierte que los “*servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva (...) las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas*”, son circunstancias que inciden en estos derechos, por lo que señala que la atención primaria de la salud debe abarcar: “*servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil*”⁵⁵. Por su parte, en los ODM, los Estados se comprometen a asegurar la salud sexual y reproductiva, especialmente la disminución de la mortalidad y morbilidad materno- infantil.
- 33 De acuerdo con los ODM, México ha avanzado de manera relevante en el porcentaje de partos con asistencia de personal capacitado, al pasar de 76.7% en 1990 a 98.2% en 2015. Conforme a estos mismos indicadores, el número promedio de consultas prenatales por mujer embarazada desde 2011 superó la meta establecida de 5.0, ubicándose actualmente en 5.35 consultas.
- 34 Por su parte en los ODS, se previó reducir la tasa de mortalidad materna y las muertes evitables de recién nacidos y niños, en este sentido se destaca el objetivo número 3, mediante el cual el Estado se obliga a asegurar una vida sana, al igual que promover el bienestar para “*todos en todas las edades*”; y el 5, encaminado a alcanzar la igualdad de género “*y empoderar a todas las mujeres y niñas*”⁵⁶.

¹⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). “*Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento*”. ISBN 978 92 4 350736 1. Ginebra, Suiza. 2015.

²⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación General N° 24: “*Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud*”, párrafo 27.

²¹ Declaración de la OMS “*Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*”. 2014

²² Fondo de Población de las Naciones Unidas. “*Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*”. El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994.

²³ Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Septiembre 2000.

²⁴ Organización de las Naciones Unidas (ONU). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 25 de septiembre de 2015.

²⁵ Op. cit. “*Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*”, medidas 7.3 y 7.6.

²⁶ Objetivos de Desarrollo Sostenible. Enlace: <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/post-2015/sdg-overview/goal-5.html>

35. Con relación al derecho a una vida libre de violencia, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém Do Pará”), en los artículos 4º, inciso b), 7º, inciso a), y 8º, inciso a), prevé que los Estados deben velar por los derechos de la mujer, estableciendo medidas que aseguren el respeto de su integridad física, psíquica y moral, haciendo énfasis en el deber de todo agente estatal de abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia en su contra. Asimismo, el artículo 9º del citado instrumento, dispone que se deberá considerar la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer cuando está embarazada.
36. El Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención Belém Do Pará, recomienda a los Estados: “[e]stablecer por los medios apropiados los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos ni arbitrariedad en la medicación, que garantice la manifestación del consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual y reproductiva”⁵⁷.
37. Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ha resuelto asuntos que involucran violencia obstétrica con motivo de la trasgresión de derechos reproductivos, tal es el caso de F.S. Vs. Chile⁵⁸, María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú⁵⁹ e I.V. Vs. Bolivia, relacionados con la esterilización forzada de las víctimas.
38. La misma Comisión en el Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que el “deber de los Estados de garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las

mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”⁶⁰.

39. Tracy Robinson, entonces Relatora sobre los Derechos de las Mujeres de la Comisión Interamericana, en el marco del Día Internacional de la Mujer declaró que: “*persiste la violencia obstétrica en los entornos de atención de salud, lo cual se expresa, por ejemplo, en la patologización de procesos naturales como el parto, la utilización de técnicas de aceleración sin obtener el consentimiento previo de la mujer, la práctica de cesáreas existiendo condiciones para un parto natural y sin consentimiento previo de la mujer, entre otros aspectos*”⁶¹.

❖ **Violencia Obstétrica en América Latina.**

40. En Latinoamérica, el desarrollo y reconocimiento de la violencia obstétrica han sido paulatinos. En el 2012, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) observó que hasta ese año, seis países⁶² contaban con leyes integrales de violencia contra la mujer⁶³, de los cuales sólo Venezuela y Argentina contenían el término “*violencia obstétrica*”; sin dejar de mencionar que en el caso de México, este tipo de violencia está contemplado desde el 2008 en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para

⁵⁷ Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). “Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará”. Abril 2012. Páginas 39- 40.

⁵⁸ Comisión IDH. Informe No. 52/141. Petición I12-09. Admisibilidad. F.S. Vs. Chile. 21 de julio de 2014

⁵⁹ Comisión IDH. Informe n° 71/03. Petición 12.191.Solución Amistosa María Mamérita Mestanza Chávez Vs. Perú. 10 de octubre de 2003.

⁶⁰ Comisión IDH. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

⁶¹ Comisión IDH. Comunicado de prensa: “En el Día Internacional de la Mujer, CIDH urge a los Estados a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres” 6 de marzo 2015. Enlace: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2015/024.asp>.

⁶² Siendo estos: México, Venezuela, Guatemala, Colombia, Argentina y El Salvador. En: Op Cit. “Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará”. Páginas 39- 40

⁶³ Las leyes integrales de violencia, permiten dar un tratamiento unificado y coherente a diversas formas de violencia contra la mujer desde las políticas públicas, la justicia, la investigación y la recolección de datos y estadísticas. De esta manera, su implementación está basada en principios comunes y en la coordinación de los diversos actores encargados de su cumplimiento. MESECVI (2011). Informe de Seguimiento de las Recomendaciones del Comité de Expertas/os realizadas durante la etapa de evaluación de la Primera Ronda de Evaluación Multilateral. Documento MESECVI-III/doc.57/11, p. 3.

el Estado de Veracruz.

41. En el 2007 Venezuela adoptó este concepto en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia⁶⁴, con el objeto de identificar una nueva forma de violencia. Esto representó un avance en la protección de los derechos humanos de las mujeres, al reconocer la autonomía sexual y reproductiva como un derecho que debe ser respetado y garantizado por las instituciones de salud.
42. Por su parte, Argentina incluyó este término en su normatividad en el 2009. El artículo 6° de la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres, la contempla como una modalidad de la violencia⁶⁵.

❖ Violencia Obstétrica en México.

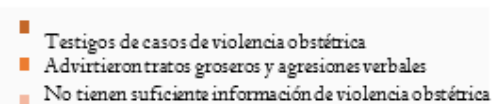
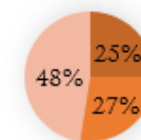
43. Respecto a la incidencia de esta figura en el contexto nacional Roberto Castro, especialista en la materia, manifestó que: *“desde hace varios años se han venido acumulando una serie de denuncias que señalan que en muchas instituciones de salud, tanto públicas como privadas, con frecuencia se violan, bajo diversas formas, los derechos reproductivos de las mujeres”*⁶⁶.
44. Para ejemplificar lo anterior, esta Comisión Nacional se referirá a tres situaciones que ilustran y contextualizan esta problemática. Un ejemplo que no busca generalizar consiste en un estudio realizado por integrantes de la Universidad de las Américas de Puebla, en el que se entrevistó a 29 médicos especializados en obstetricia y se detectó que 10 de los 29 encuestados quienes afirmaron haber sido testigos de casos relacionados con violencia obstétrica y discriminación en

³⁴ Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. **Artículo 15:**“(…)13. Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres...”

³⁵ Ley 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Sancionada: Marzo 11 de 2009. Promulgada de Hecho: Abril 1 de 2009. **Artículo 6°:**“(…) e) aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos

razón de la edad, etnia o condición social, mientras que 11 de los 29, aseguraron haber identificado tratos groseros y agresiones verbales. De la totalidad de médicos consultados, 19 refirieron *“no tener suficiente información de violencia obstétrica ni herramientas para hacerle frente o evitarla”*. Lo anterior se ve reflejado en la siguiente gráfica:

Resultado del estudio



45. Un caso que ejemplifica la situación contextual que se vive en algunas regiones de México, es el que consta en el artículo derivado de un estudio efectuado en establecimientos públicos de salud en el Estado de Oaxaca. La encuesta realizada a 323 mujeres reveló que *“las prácticas de la atención durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato, se realizan en muchos casos sin apego a los estándares nacionales y/o a las recomendaciones de la OMS”*⁶⁷.
46. Los resultados arrojaron que *“las recomendaciones de la OMS se implementan en porcentajes bajos o muy bajos, sobre todo en el segundo nivel de atención”, toda vez que no se llevan a cabo prácticas estandarizadas como “el acompañamiento a la mujer durante el trabajo de parto, la libre deambulacion y adopción de posiciones durante el trabajo de parto, la adopción de la posición que la mujer escoja libremente para las fases de pujo y de expulsión, (...) y la entrega*

reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales...”

³⁶ Castro, Roberto. Erviti, Joaquina. *“25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”*. Revista CONAMED, vol. 19, núm I, ISSN 1405-6704, Enero-Marzo 2014. Páginas. 37-42.

³⁷ Sachse Aguilera, Matthias. Sesia, Paola María. García Rojas, Mónica. *“Calidad de la atención durante el parto normal en establecimientos públicos de salud en el Estado de Oaxaca”*. Revista de Investigación Médica de Oaxaca. Vol. I, Núm. I, Abril-Junio 2013. Páginas 24, 25 y 30.

*inmediata del recién nacido a la madre, entre otros*⁶⁸.

47. Este tópico ha sido abordado por académicos, organismos autónomos de protección de derechos humanos y organizaciones de la sociedad civil⁶⁹, e integrado a la agenda pública y a los textos normativos de algunos Estados.
48. La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que: “[I]a violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercebida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto”⁷⁰.
49. El Gobierno Federal contempla en el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, estrategias encaminadas a fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios y promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas, razón por la cual, el 19 de diciembre de 2016 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se modifica el Reglamento de la Ley General de Salud, con el objeto de regular la atención médica que debe brindarse a las mujeres que presentan una urgencia obstétrica con independencia de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

50. En abril de 2014, la Secretaría de Gobernación elaboró el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014- 2018, en el que se plantearon las estrategias 1.1 y 2.3., relacionadas con la violencia obstétrica. La primera tiene por finalidad, promover la armonización de la legislación nacional con tratados y convenciones internacionales, eliminando disposiciones discriminatorias en contra de las mujeres. La segunda, busca fortalecer los servicios para la detección oportuna de la violencia contra las mujeres en el Sistema Nacional de Salud a través de la promoción de políticas institucionales para erradicar la violencia de género que ocurre en los servicios de salud, incluyendo violencia obstétrica⁷¹.
51. Por su parte, la Secretaría de Salud ha hecho manifiesto su rechazo a cualquier forma de violencia contra las mujeres, y ha reconocido “que existen casos de violencia obstétrica que ocurren en las instituciones de salud públicas y privadas del país”⁷², por lo que se compromete a reforzar las acciones en favor de la salud materna, garantizando el respeto a los derechos humanos de las mujeres.
52. A través del “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro”, elaborado por la citada Secretaría en el año 2008, se propone una estrategia alternativa para erradicar la violencia institucional y coadyuvar a la atención oportuna y eficaz de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en la que la mujer embarazada sea la protagonista de su parto y se involucre la participación de las parteras y los parteros tradicionales⁷³ asistidos, de ser necesario, por médicos, así como herramientas interculturales para escuchar la voz de las mujeres y hacer

38 Ibid.

69 Gómez Mena, Carolina. “Recursos y sensibilización podrían abatir violencia obstétrica: ONU”, en La Jornada, 10 de junio de 2014.

Enlace: <http://www.jornada.unam.mx/2014/06/10/sociedad/037n1soc>. Rello, Maricarmen. “Médicos se oponen a tipificar la violencia obstétrica como delito”, en Milenio, 20 de febrero de 2015. Enlace: http://www.milenio.com/region/violencia_obstetrica-arbitraje_medico_Jalisco-CEDHJ_0_467953405.html.

Arellano García, César. “Casos de violencia obstétrica, invisibilizados por sector salud”, en La Jornada, 23 de abril de 2015. Enlace: <http://www.jornada.unam.mx/2015/04/23/sociedad/038n1soc>.

40 Sala de prensa. Derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con la libertad de las personas a decidir sobre su sexualidad y el ejercicio libre de la misma. Martes, 06 Mayo 2014.

Disponible en: http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_k2&view=item&id=622:derechos-sexuales-y-reproductivos&Itemid=268.

41 Secretaría de Gobernación. Decreto por el que se aprueba el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 30 de abril de 2014.

42 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. “Legislación y política pública sobre violencia obstétrica en México: situación actual y necesidades”. Mayo 28, 2014.

43 Las parteras tradicionales son un agente comunitario de salud, que forman parte de la medicina tradicional indígena, reconocidas por la Organización Mundial de la Salud y el marco normativo mexicano. Actualmente participan en las redes de servicios de salud y espacios específicos para la atención del embarazo y parto, de la Secretaría de Salud y del Régimen Oportunidades del Instituto Mexicano del Seguro Social [hoy IMSS-PROSPERA]”.

de dicho modelo uno en el que aquellas sean sujetos y no objetos de la atención.

53. Asimismo, cuenta con el Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), en el que se asentaron objetivos, estrategias y líneas de acción, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud⁷⁴. Entre los retos identificados en el Programa se señala la necesidad de implementar los servicios de salud obstétrica con perspectiva de género e interculturalidad, con respeto a los derechos humanos y contar con personal capacitado, infraestructura e insumos necesarios.
54. De igual manera, se han desarrollado acciones de capacitación permanente al personal médico con enfoque en la atención primaria, así como estrategias diseñadas y ejecutadas a partir del Instituto Nacional de Perinatología, como son la atención prioritaria a grupos en condición de vulnerabilidad, atención con estricto apego a los principios bioéticos, implementación gradual de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud dirigidas a abatir prácticas vinculadas con la violencia obstétrica, entre otras.⁷⁵
55. Al respecto las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, se dieron a la tarea de agrupar recomendaciones para la atención de las distintas etapas reproductivas, en las guías de práctica clínica sobre vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo⁷⁶.
56. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (en adelante “CONAMED”), dentro de las “Recomendaciones Generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica”, establece que una de las responsabilidades de los prestadores de la

atención médica es “[p]roporcionar a la paciente trato respetuoso y digno de acuerdo a la ética médica”⁷⁷.

57. La Suprema Corte de Justicia de la Nación en el “Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos”⁷⁸, consideró a la violencia obstétrica como una conducta que se da en las instituciones de salud, la cual puede llegar a ser constitutiva de malos tratos.
58. El tema objeto de estudio, también ha sido desarrollado por esta Comisión Nacional al emitir en 2013, el Séptimo Informe Especial sobre el Derecho de Igualdad entre Mujeres y Hombres, en el que estableció que la violencia obstétrica “está estrechamente ligada a la mortalidad materna”; además señaló que “[d]esde 1990, organismos civiles, han reportado negligencia y subatención en el parto en comunidades indígenas”. Finalmente, concluyó que “las autoridades se deben comprometer a “incrementar las acciones, de no existir, instrumentarlas y así contribuir a eliminar toda práctica atentatoria de los derechos humanos de las mujeres, particularmente en lo que se refiere a la violencia obstétrica”⁷⁹.
59. Durante el 2015, 2016 y 2017 este Organismo de protección, ha publicado 28 Recomendaciones⁸⁰ en las que se señaló que la violencia obstétrica es una violación a los derechos humanos que se comete en perjuicio de la mujer embarazada (con independencia del número de casos conocidos por este Organismo Nacional, cualquier violación a los derechos humanos de la mujer o del producto de la gestación es inadmisibles), por el personal que presta servicios de salud; resoluciones que se abordarán más adelante.

⁷⁴ Programa de acción salud materna y perinatal 2013 – 2018. Enlace:

http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/SMP/SaludMaternayPerin2013_2018.html

⁴⁵ Boletín de prensa del Instituto Nacional de Perinatología. Enlace: <http://www.inper.mx/noticias/2015/058-2015/>

⁴⁶ Guía de Práctica Clínica: “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08”. Actualización 2014.

⁴⁷ Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). “Recomendaciones Generales: para mejorar la calidad de la atención obstétrica”. 2003. Página 19.

⁴⁸ Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) “Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos”. ISBN 978-607-468-755-2. 2014. México, Distrito Federal. 2014. Página 68.

⁴⁹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres (PAMIMH) “Séptimo Informe Especial sobre el Derecho de Igualdad entre Mujeres y Hombres”, México, Distrito Federal. 2014. Página 195 y 196.

⁵⁰ Siendo las siguientes: 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015, 8/2016, 31/2016, 33/2016, 35/2016, 38/2016, 40/2016, 46/2016, 47/2016, 50/2016, 58/2016, 61/2016, 3/2017, 5/2017 y 6/2017.

❖ Legislación Nacional.

- 60 El artículo 4º Constitucional contiene el derecho de todas las personas a la protección de su salud, estableciendo que: “[t]oda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.
- 61 La Ley General de Salud en varios de sus artículos⁸¹, hace referencia al derecho de los usuarios a obtener prestaciones de salud oportunas y con calidad idónea, y a recibir atención profesional, respetuosa, digna y éticamente responsable por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares; de igual forma dispone que la atención materno-fetal tiene carácter prioritario y deberá brindarse durante el embarazo, el parto y el puerperio; atención que ante una emergencia obstétrica, deberá ser otorgada con respeto a la dignidad de las personas.
- 62 En noviembre de 2015, fueron reformadas diversas disposiciones de la Ley General de Salud, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley del Seguro Social.
- 63 El artículo 64 Bis I de la Ley General de Salud, contiene el deber de las instituciones de salud de prestar atención “*expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento*”⁸².
- 64 En el mismo sentido la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado⁸³ en el artículo 31 Bis y la Ley del Seguro Social⁸⁴ en su

⁸¹ Ley General de Salud. Artículos 3º fracción IV, 27, fracciones III, y IV, 33, fracciones I y II, 51, 61 fracción I, 61 Bis, 64, 64 Bis I y 77 bis 37. Última reforma publicada el 12 de noviembre de 2015.

⁸² Ley General de Salud. Artículo 64 Bis I. Última reforma publicada el 12 de noviembre de 2015.

⁸³ Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Artículo 31 Bis. Últimas reformas publicadas el 12 de noviembre de 2015.

artículo 89, fracción V, prescriben la obligación de dichas instituciones, de brindar atención a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica.

- 65 En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35 y 46, fracción X, la responsabilidad del Estado para “*la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres*” y “*asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres*”⁸⁵.
- 66 El sector salud cuenta con normas oficiales cuyo contenido regula los aspectos vinculados con la prestación de los servicios de salud materna, como procedimientos, expediente clínico, residencias médicas, infraestructura y equipamiento, señalando de manera enunciativa más no limitativa, las siguientes:

⁸⁴ Ley del Seguro Social. Artículo 89, fracción V. Última reforma publicada el 12 de noviembre de 2015.

⁸⁵ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Artículos 35 y 46, fracción X. Última reforma publicada el 17 de diciembre de 2015.

Normas Oficiales Mexicanas relacionadas

NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

NOM-206-SSAI-2002 Regulación de los Servicios de Salud, que Establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos de Atención Médica.

NOM-090-SSAI-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencia Médicas Objetivo y Campo de Aplicación.

NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

NOM-234-SSAI-2003 Utilización de Campos Clínicos, para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado.

NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico.

NOM-016-SSA3-2013 Establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada.

67. Por lo que respecta a la NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”* es preciso destacar dos aspectos. El primero con relación al punto 3.33, en el cual se define

⁵⁶ 3.33 Parto Vertical, a la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas.

⁵⁷ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Aguascalientes, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Baja California, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Coahuila de Zaragoza, Ley que Garantiza el Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Tlaxcala, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Nayarit, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz, Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato, Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia del Estado de Durango, Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de

qué es el parto vertical⁸⁶, a diferencia de la norma oficial anterior en la vigente se incluyó este término, lo que resulta un cambio positivo, por lo que es necesaria su difusión y conocimiento tanto en hospitales públicos como privados.




68. Por otro lado, el numeral 5.5.3 establece que: “[n]inguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto”, con ello, apercibe al personal que presta servicios de salud en caso de discriminar o ejercer violencia hacia la mujer.

❖ Violencia obstétrica en las entidades federativas.

69. A partir del 2008, el concepto de violencia obstétrica fue incorporado en el orden jurídico de algunas entidades federativas, como los Estados de Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Tlaxcala, Nayarit, Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo, Tamaulipas, Campeche, Colima, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí⁸⁷.
70. Cabe destacar que, en los Estados de Veracruz, Guerrero, Chiapas y Estado de México, esta conducta se encuentra tipificada como delito. Sobre el particular, este Organismo Constitucional considera, que la criminalización y tratamiento por la vía penal de los casos vinculados a violencia obstétrica, resultan ser medidas poco efectivas para asegurar una atención obstétrica adecuada, ya que se centra en la responsabilidad individual invisibilizando la institucional; lo que se requiere, es la reivindicación de los derechos de la mujer mediante estrategias encaminadas a la erradicación de ideas y estereotipos que la posicionan en un segundo plano en el contexto del embarazo, parto y puerperio, restándoles protagonismo y autonomía.

Chihuahua, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo, Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres del Estado de Tamaulipas, Ley de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del estado de Campeche, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Colima, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de México, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Morelos, Ley para el Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia del Estado de Puebla, Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Querétaro) y Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí.

71. Para una mayor claridad, se precisa la regulación de la violencia obstétrica en las entidades federativas a través del siguiente mapa ejemplificativo.

-  La prevén como tipo y/o modalidad de violencia en su ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.
-  La tipifican como delito en su código penal.
-  La prevé en la Ley de Salud del Estado de Durango.



72. Si bien habrá situaciones en las que la violencia obstétrica sea punible como en el caso de la esterilización forzada o cuando su perpetración deba tener consecuencias penales (cuando de su comisión deriven lesiones graves o la pérdida de la vida), esta Comisión Nacional sostiene que para enfrentar la problemática, es necesario un cambio de paradigma mediante la inclusión de la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos, en los planes de estudio de las escuelas de medicina y enfermería⁸⁸, la adopción de políticas y medidas necesarias para la promoción e implementación del parto intercultural y respetado, entre otros aspectos.

73. Por lo anterior, con respeto a su autonomía universitaria y a su normatividad, este Organismo Nacional considera que sería deseable que en las instituciones públicas de educación superior, formadoras de médicos cirujanos, especialistas en ginecoobstetricia y enfermería, se impartan a los alumnos del pregrado, previo a la realización del servicio social, un taller de sensibilización en materia de derechos humanos, para los cuales se cuente con la asesoría y participación de expertos en la materia en los que se haga referencia a los derechos de las mujeres y niñas, tales como el derecho a la protección de la salud y su interrelación con los derechos individuales como el derecho a la vida, derechos sexuales y reproductivos, derecho al consentimiento informado en servicios de anticoncepción, a la igualdad y no discriminación y temas como violencia obstétrica, salud materna e interculturalidad; lo anterior vinculándolo en el marco de la atención obstétrica y atendiendo los enfoques de género e interculturalidad en los servicios de salud. En el caso del posgrado, dicho taller podría cursarse al inicio del programa de especialización correspondiente, en coordinación con las instituciones de salud y seguridad social.

⁵⁸ Este Organismo Nacional advierte, que una forma de disminuir la incidencia de este problema es mediante una formación adecuada de los médicos de pregrado (interno). Por ejemplo, frecuentemente los pasantes en Servicio son asignados en las comunidades más alejadas en donde muchas veces se enfrentan a situaciones que requieren de mayor experticia. Esta circunstancia, amerita la implementación de una mejor enseñanza en obstetricia en el año de internado y los residentes de la especialidad que hagan un Servicio Social antes de acabar la Residencia.

III OBSERVACIONES.

- 74 En el presente apartado, este Organismo Constitucional realizará el siguiente análisis: *A. Atención a las mujeres en las instituciones de salud durante el embarazo, parto y puerperio. B. Casos sobre violación de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio. C Parto Respetado: Una forma de evitar la violencia hacia la mujer. D. Conclusiones de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.*
- ❖ **A Atención a las mujeres en las instituciones de salud durante el embarazo, parto y puerperio.**
- 75 En este punto es importante distinguir entre la violencia obstétrica y la negligencia médica, ya que son figuras que pueden configurarse y concurrir, en el escenario de la atención obstétrica⁸⁹. Identificar ambos fenómenos, permite distinguir cuando se está ante un caso o ante otro.
- 76 Incurre en negligencia, el prestador de servicios de salud que al brindar atención médica la realiza con *“descuido de precauciones y atenciones calificados como necesarios en la actividad profesional médica, o sea que se puede configurar un defecto de la realización del acto o bien una omisión”*⁹⁰.
- 77 Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación establece que, tratándose de la prestación de los servicios de salud pública, la responsabilidad se origina por el incumplimiento de las prescripciones de la ciencia médica, al desempeñar sus actividades, esto es, por no sujetarse a las técnicas médicas o científicas exigibles

⁵⁹ Para la elaboración del presente apartado, se contó con la asesoría de los médicos adscritos a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

⁶⁰ Bañuelos Delgado, Nicolás. “La mala práctica”. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit.

⁶¹ Registro: 2006252. Instancia: Primera Sala. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 5, Abril de 2014, Tomo I. Materia(s): Constitucional, Administrativa. Tesis: 1a. CLXXII/2014 (10a.). Página: 818. RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR LA PRESTACIÓN DEFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA. CUÁNDO SE CONFIGURA LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN ESTOS CASOS.

para dichos servidores *-lex artis ad hoc-*, o al deber de actuar con la diligencia que exige la *lex artis*⁹¹.

- 78 Este Organismo Autónomo ha tenido conocimiento y emitido Recomendaciones sobre casos en los que el personal médico o profesional en salud, se ha colocado en la hipótesis de “negligencia médica” al omitir establecer la gravedad de la paciente, no llevar a cabo una exploración física integral, actualizada y metódica⁹², realizar procedimientos quirúrgicos de manera innecesaria y sin informar al paciente⁹³ y no brindar el tratamiento médico oportuno⁹⁴, por mencionar algunos ejemplos.
- 79 Aunado a la negligencia, existen otras formas de incurrir en responsabilidad, como la impericia, la imprudencia y la inobservancia de normas y reglamentos; conductas que al igual que la violencia obstétrica, pueden derivar en la responsabilidad penal, civil o administrativa del profesionista, según sea el caso.
- 80 Teniendo en cuenta los elementos arriba citados, es posible plantear algunas diferencias entre la negligencia médica y la violencia obstétrica.
- 81 En el caso de la negligencia médica se observa que es una conducta en que incurre personal médico o profesional de salud, hacia cualquier persona, independientemente de su género. Por su parte la violencia obstétrica, es una conducta en que incurre personal médico, y/o profesional en salud, y/o servidores públicos del hospital y de cualquier orden de gobierno, que tiene su origen o sustento por cuestiones de género.
- 82 En la negligencia médica, la(s) conducta(s) realizada(s) pueden consistir en: descuido, omisión, impericia, imprudencia y, falta de diligencia, entre otras, que pueda afectar la salud e integridad de una persona, es decir, incumple con las

⁶² Recomendación No. 21/2016 Sobre el caso de violaciones al derecho a la protección de la salud y al derecho a la vida en agravio de V, en el Hospital General de Pemex en Veracruz. Párrafo 40.

⁶³ Recomendación No. 14/2016 Sobre el caso inadecuada atención médica en agravio de V, en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 1, del Hospital General Regional No. 36, del IMSS en Puebla, Puebla. Párrafo 65.

⁶⁴ Recomendación No. 56 /2015 Sobre el caso de inadecuada atención médica y pérdida de la vida en agravio de VI, adulta mayor, en la Unidad Médica Rural No. 290, del IMSS, en Miahuatlán, Oaxaca. párrafo 41.

normas técnicas, parámetros y estándares mínimos que regulan la profesión. Por lo que hace a la violencia obstétrica, la(s) conducta(s) realizada(s) puede(n) consistir en: descuido, omisión, impericia, imprudencia, falta de diligencia y/o discriminación, entre otras, cometidas por los prestadores de servicios de la salud que violentan los derechos humanos de las mujeres, por una deshumanizada atención médica a las mujeres, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, durante el embarazo, parto o puerperio, que genera una afectación física, psicológica o moral e incluso la pérdida de la vida de la mujer.

83. En ambos casos, se incumple con las normas técnicas, parámetros y estándares mínimos que regulan la profesión.
84. La negligencia médica puede configurarse en cualquier momento de la atención médica brindada a cualquier persona, mientras que la violencia obstétrica ocurre durante un lapso específico de la vida de una mujer: el embarazo, parto y puerperio.
85. En la investigación de un caso de negligencia médica, se deben considerar las obligaciones que debió cumplir y atender el médico ante una situación determinada, de acuerdo con la ciencia, la ética y la norma. En un escenario de violencia obstétrica, la investigación debe tomar en cuenta las obligaciones que debió cumplir y atender el médico en una ocasión específica, de acuerdo con la ciencia, la ética y la norma; además de las conductas realizadas por cuestiones de género y que transgredieron los derechos humanos e integridad de la mujer.
86. En 2015 se publicó un artículo en el que investigadores de Estados Unidos, Suiza, Canadá y Brasil, efectuaron una revisión sistemática de 65 estudios, provenientes de 34 países, relacionados con el maltrato hacia las mujeres durante el parto. El documento contiene una clasificación sobre la forma en que ocurre este fenómeno, basada en evidencia cuantitativa y cualitativa⁶⁵.
87. Dicho estudio revela que la violencia sufrida por las mujeres en las instituciones de salud es un fenómeno global, es decir se presenta en muchas naciones, entre ellas México y que el maltrato ocurre durante la interacción entre la gestante y

⁶⁵ Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. (2015) "The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review". PLoS Med 12(6): e1001847. Doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.

la persona que brinda la atención médica; asimismo, advirtió sobre las fallas tanto en las instalaciones donde se provee el servicio, como en el sistema de salud. Los hallazgos de la investigación, fueron categorizados en varios rubros, destacando⁶⁶ los siguientes:

Categoría	Observación
<i>Abuso físico</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Uso de la fuerza: 	Las mujeres, señalaron haber experimentado el uso de la fuerza por parte de los prestadores de servicios de salud durante la atención del parto.
<i>Abuso verbal</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Empleo de lenguaje duro, fuerte: 	El abuso verbal perpetrado por el personal médico, es uno de los actos que ocurre con mayor frecuencia en países de alto, medio y bajo ingreso.
<i>Estigma y discriminación</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Discriminación basada en la etnia o religión: 	Las gestantes comúnmente reportan haberse sentido discriminadas, cuestión que influye en la calidad de servicio que reciben. Este tipo de tratamiento tiende a hacerlas sentir alienadas por el personal médico, particularmente migrantes y refugiadas son quienes se ven frecuentemente afectadas.
<ul style="list-style-type: none"> Discriminación basada en el estatus socioeconómico 	Del análisis se desprende que en el mundo las mujeres de escasos recursos, son quienes reportan haber sentido discriminación por su condición social, existe una percepción

⁶⁶ Para la presente Recomendación, se destacaron las categorías que de acuerdo con el meta análisis, contaban con la evidencia más fidedigna.

o:	de que fueron discriminadas por ser pobres y sin la posibilidad de pagar por los servicios. Las encuestadas sintieron que el personal de salud las humilló debido a su pobreza, no saber leer o escribir o por residir en zonas marginadas.
<i>Brindar servicios médicos sin los estándares de calidad necesarios</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Negarse a proveer calmantes: 	Las gestantes describieron la forma en que los trabajadores de la salud, se oponían a proveer de calmantes o medicamento para el dolor. Los procedimientos quirúrgicos como las episiotomías, en algunos casos fueron efectuados sin anestesia.
<ul style="list-style-type: none"> • Negligencia, abandono o demora en la atención al paciente: 	Las mujeres en los estudios refirieron largas demoras para recibir la atención. Asimismo manifestaron frecuentemente haberse sentido solas, ignoradas o abandonadas por largo tiempo durante su estancia.
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de atención médica profesional en el momento del parto: 	Algunas mujeres reportaron que el personal de salud era muy joven y negligente, lo que representaba un riesgo. Muchas veces tenían a su bebé sin la presencia de personal calificado para atender el parto, el cual estaba ocupado en otras labores.
<i>Mala comunicación entre la gestante y el personal médico</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Mala comunicación: 	En los estudios constan los problemas de comunicación entre los trabajadores de la salud y las gestantes. Muchas mujeres se sintieron insatisfechas con la información y explicaciones proveídas por el personal médico. Estas experiencias hacen que se sientan distanciadas de las personas que las

	están atendiendo, temerosas de los procedimientos y no partícipes de su experiencia de parto. Algunas mujeres en Reino Unido, República Dominicana y Brasil, consideraron que de manera intencional, los prestadores de servicios médicos, evitaba darles información a las pacientes y describieron que no atendían sus necesidades.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo y cuidados por parte del personal médico: 	Las pacientes reportaron falta de apoyo y cuidados del personal durante el parto, inclusive consideraron que el servicio médico era mecánico, descortés e insensible a sus necesidades, lo que las hace sentir inseguras y ansiosas.
<i>Condiciones de la institución de salud y limitaciones</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de privacidad: 	Las pacientes encuestadas denunciaron la falta de privacidad en las salas de labor, específicamente durante los exámenes vaginales y abdominales. Las mujeres son expuestas a otros pacientes, sus familiares y personal de salud debido a la falta de cortinas que las separen de otros pacientes. En países de bajo y mediano ingreso, las salas de labor eran en ocasiones áreas comunes o públicas. En general sienten que esta exposición es poco digna, inhumana y vergonzosa.
<i>Impacto en los servicios de salud materna</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias: 	Las experiencias de maltrato durante el parto han erosionado la confianza de las mujeres en el sistema de salud, lo que ha influido en su decisión de tener a su bebé en una institución de salud, buscando una opción menos medicalizada, un lugar en

	donde puedan conducirse sin miedo a ser reprimidas.
--	---

Como se estableció anteriormente, las mujeres gestantes son susceptibles de verse afectadas con motivo de acciones físicas o verbales, así como omisiones cometidas por los profesionales en servicios de salud; situación en la que convergen dos tipos de violencia, la que podríamos considerar de carácter genérico denominada como violencia contra la mujer y una de carácter específico llamada violencia institucional, las cuales son definidas en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, como se precisa en el siguiente cuadro:

<i>Violencia contra las mujeres (artículo 5, fracción IV)</i>	Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.
<i>Violencia Institucion al (artículo 18)</i>	Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

88 La violencia obstétrica, es un tipo de violencia de género, cuya complejidad y particularidades exigen un estudio pormenorizado de la forma en que opera,

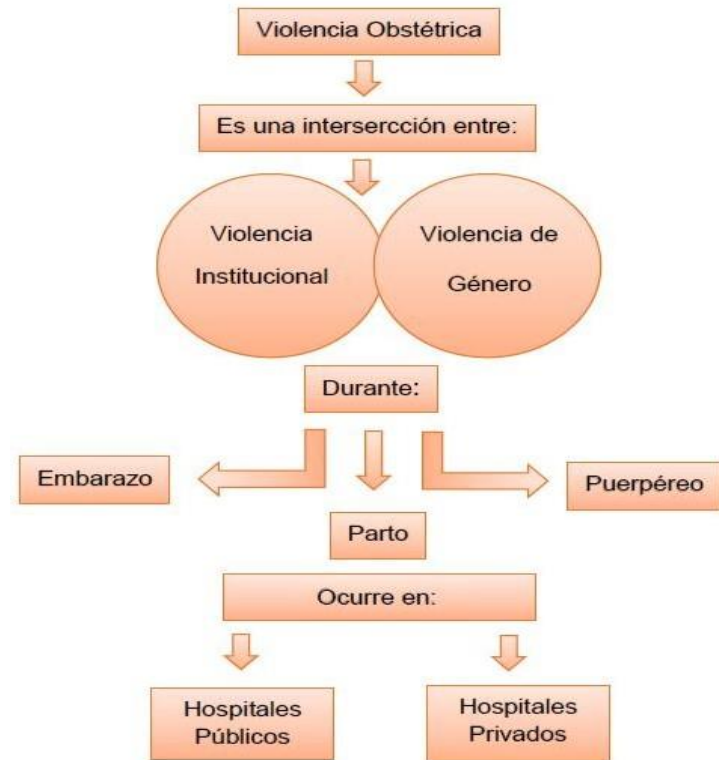
⁶⁷ Medina, Graciela. "Violencia obstétrica". Revista de Derecho y Familia de las Personas, núm. 4, Buenos Aires, Diciembre 2009. Páginas 3 y 4.

personas que intervienen, circunstancias en que se reproduce y consecuencias.

89.

Tiene dos modalidades: a) la física, que se configura cuando se "se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta (...) o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico"; y b) la psicológica, que se presenta ante "el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto"⁶⁷.

90 Para este Organismo Autónomo, se trata de la violencia perpetrada por los prestadores de servicio de salud sobre el cuerpo y los procedimientos reproductivos de las mujeres; es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer, es decir, es una problemática, consecuencia de diversos factores, que transgrede múltiples derechos humanos. Ilustra lo anterior, el siguiente diagrama:



Repercusión en la calidad de vida de las mujeres

91. Es importante tener presente las diversas aproximaciones que se han desarrollado en torno a la violencia obstétrica. En el ámbito de la academia, expertos en la materia han expuesto definiciones, las cuales refieren a este fenómeno como una categoría más de violencia hacia la mujer⁹⁸, cometida por el personal de salud durante la atención obstétrica⁹⁹, ejercida mediante prácticas amenazantes¹⁰⁰, que degradan, intimidan y oprimen a la víctima¹⁰¹, provocándole un daño físico y/o psicológico¹⁰².
92. Las descripciones normativas contenidas en las legislaciones venezolana, argentina y la primera acuñada en nuestro país (Veracruz)¹⁰³, coinciden en los elementos de:

Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud
Trato deshumanizador
Abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales
Las consecuencias de pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad

93. Esta Comisión Nacional en sus Recomendaciones ha definido a la violencia obstétrica como:

Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

94. Investigadores, de distintas disciplinas, desde la academia, han buscado dar respuesta a por qué los prestadores de servicios de salud incurrir en violencia obstétrica y las causas de esta, llegando a conclusiones basadas en nociones filosóficas, bioéticas, pedagógicas y políticas, entre otras, las cuales ponen de relieve el concepto de “poder obstétrico”, falta de enfoque de género en la legislación de leyes y en la elaboración de planes de estudios en las escuelas y facultades de medicina, así como factores culturales sustentados en visiones androcentristas de la sociedad¹⁰⁴.
95. Este Organismo Constitucional en reiteradas ocasiones ha sostenido que esta

libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. . .”.

⁷⁴ Para mayor profundización de estos conceptos, consultar Op. cit. Arguedas, página 166, Guillén Fernández, Francisca. “¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos”, n° 18, 113-128, ISSN 1989-7022. Dilemata año 7, 2015. Página 113, Castro, Roberto. “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”. Revista Mexicana de Sociología 76, núm. 2, Abril-Junio, 2014. Página 176, Op. cit. Bellón, página 107.

⁶⁸ Op. Cit. Bellón, páginas 93-111.

⁶⁹ Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) “Niñas y mujeres sin justicia: Derechos Reproductivos en México”, México, 2015. Página 124.

⁷⁰ Revista “Redbioética/UNESCO”, Año 4, Vol. I, No. 7, Enero-Junio de 2013.

⁷¹ Op. cit. Arguedas, página 146.

⁷² Op. Cit. “Niñas y mujeres sin justicia: Derechos Reproductivos en México”, página 124.

⁷³ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. “Artículo 7: “ (...) VI.- La violencia obstétrica: Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir

situación no puede reducirse a una cuestión de calidad en la atención médica, a las condiciones laborales del personal médico, o a un problema de formación en la ética. En este sentido, Roberto Castro ha manifestado: “[1]os esfuerzos de prevención de nuevas violaciones de derechos de las mujeres que se centran sólo en las cuestiones de “calidad” y “calidez” de la atención, desconocen la verdadera naturaleza del problema”; por tal motivo propone “reconfigurar el objeto de estudio (...) y construirlo como un objeto de estudio sociológico en el marco de los derechos en salud”, asimismo, destaca la necesidad de estudiar el “*habitus profesional de los médicos, así como las condiciones objetivas del campo médico, con el fin de identificar el origen social del autoritarismo médico y vislumbrar, así, estrategias más eficaces para su transformación*”⁷⁵.

B Casos sobre violación de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

- 96 El maltrato de las mujeres en las salas de maternidad, se materializa como violencia obstétrica. Es necesario cuestionarse sobre sus efectos en la vida de las mujeres, los cuales pueden ser físicos o psicológicos. Ibone Olza Fernández, psiquiatra infantil y perinatal, estableció que aproximadamente el 35% de las mujeres después del parto, presentan algún grado de trastorno de estrés postraumático⁷⁶, mismo que en algunas ocasiones, puede ser producto de las acciones u omisiones de los profesionales sanitarios.
- 97. Este tipo de violencia vulnera los derechos humanos de las víctimas, lo que ha sido motivo de numerosas recomendaciones emitidas por los organismos protectores de derechos humanos de las entidades federativas, así como por esta Comisión Nacional.
- 98 En el 2015, 2016 y 2017⁷⁷, esta Comisión Nacional ha emitido 28 Recomendaciones por hechos constitutivos de violencia obstétrica, lo que a su vez produjo la vulneración de otros más. En dichas Recomendaciones se acreditó la afectación a los derechos a una vida libre de violencia y a la protección

de la salud; mientras que en 22 se tuvo por acreditada la vulneración al derecho a la vida de la madre o del producto de la gestación. Asimismo, en algunas de ellas se constató la afectación al derecho a la información en materia de salud, libertad y autonomía reproductiva, igualdad y no discriminación.

Derechos humanos que con mayor frecuencia fueron transgredidos en las Recomendaciones emitidas por esta Comisión Nacional en el periodo 2015, 2016 y 2017	Número de Recomendaciones en las que se acreditó la violación
Derecho a la vida	22
Derecho a la integridad personal	6
Derecho a la igualdad y no discriminación	I
Derecho a la libertad y autonomía reproductiva	II
Derecho a la información y libre consentimiento	9
Derecho a la protección de la salud	26
Derecho a una vida libre de violencia	28

- 99. Cabe destacar que no obstante la adopción y desarrollo reciente del concepto de violencia obstétrica como una modalidad de violencia institucional y de género, este Organismo Constitucional por su propia naturaleza ha abogado por la protección y el respeto de los derechos humanos de las mujeres, las adolescentes, de las niñas y de los niños⁷⁸.
- 100. Por otra parte, a fin de obtener una visión objetiva sobre las prácticas violatorias

⁷⁵ Op. Cit. Castro, Roberto. Erviti, Joaquina. “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, págs. 37-42.

⁷⁶ Olza Fernández, Ibone. “PTSD and obstetric violence”. Publicado en Midwifery Today issue I05, Spring 2013.

⁷⁷ A la fecha de la emisión de la presente Recomendación General.

⁷⁸ Ejemplo de esto, se puede observar en las siguientes recomendaciones 37/2011, 6/2012, 23/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 60/2013, 1/2014, 2/2014, 8/2014, 15/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015 y 7/2015.

de los derechos humanos de las mujeres ocurridas en el contexto de la atención durante el embarazo, se sistematizaron los principales hechos contenidos en las recomendaciones proporcionadas y emitidas por los organismos locales de protección de los derechos humanos, entre 2014 y 2015.

IOI. En el siguiente apartado, se desarrollará un análisis de los derechos humanos que con mayor frecuencia fueron transgredidos al actualizarse esta violación, se expondrá en qué consisten, cuáles son los estándares que los rigen a nivel nacional e internacional, y finalmente se hará mención de casos emblemáticos para explicar el tiempo, modo y forma en que acontece la violencia obstétrica. Este ejercicio nos llevará a la conclusión sobre cuáles son las principales prácticas que conculcan el derecho humano en cuestión.

A) Derecho a una vida libre de violencia.

IO2. Esta Comisión Nacional observa que las acciones que violan el derecho a una vida libre de violencia de las mujeres, son conductas basadas en su género, las cuales se sostienen en la idea de una relación jerárquica de poder entre paciente y médico, lo que en ocasiones da lugar al maltrato. Es posible que esta idea se conciba en las instituciones educativas y se reproduce en las relaciones personal médico-paciente. Como se había mencionado, la enseñanza de la ciencia médica puede verse influida por factores como la cultura sexista y discriminatoria y la ausencia de un enfoque de derechos humanos y de perspectiva de género en la impartición de la cátedra.

IO3. En la relación personal médico-paciente, se disciplinan los cuerpos de las mujeres mediante la apropiación del trabajo del parto, con miras a imponer una definición medicalizada de él, conforme a la cual se alteran sus ritmos naturales y se desplaza a las mujeres de su lugar de actoras principales a la condición de colaboradoras, cuando en realidad, son las mujeres las protagonistas principales del proceso de nacimiento, y son los médicos quienes están

colaborando con ellas o apoyándolas¹⁰⁹.

IO4. Para el desarrollo de este apartado se tomaron como referencia las Recomendaciones 19, 20 y 45 de 2015, en las que se acreditó la violación a este derecho, al constatar que no se hizo partícipe a las agraviadas de las actuaciones que se llevaron a cabo con motivo del parto¹¹⁰; la actitud de enojo y las expresiones inapropiadas a la paciente, así como el trato descortés y violento¹¹¹ consistente en gritos, regaños e insultos¹¹².

IO5. Específicamente en la Recomendación 20/2015, tanto la agraviada como su madre en entrevista sostenida con Visitadores Adjuntos de este Organismo Autónomo, manifestaron que el personal de servicios de salud, se condujo con expresiones inapropiadas a la paciente, quien era menor de edad, diciéndole: *“a poco duele”, “cuántos más vas a tener”, “ya ves que duele”*.

IO6. Este Organismo Constitucional, consideró que los hechos que tuvieron lugar en las citadas Recomendaciones; afectaron física y psicológicamente a las víctimas, por lo que se exhortó a las autoridades, entre otras cosas, a brindar la atención psicológica correspondiente.

IO7. A nivel estatal se registraron casos en los que las agraviadas manifestaron que algunos médicos, enfermeros y camilleros, fueron ofensivos al hacer comentarios despectivos, tales como responsabilizar a la madre por la muerte del bebé, así como reprobar las exclamaciones de dolor¹¹³.

IO8. Del mismo modo, se advirtió el trato degradante ocurrido en ocasiones hacia la mujer, tales como sugerir la práctica de la salpingoclasia, exclamando a la paciente que lo hiciera *“para que ya no tuviera más hijos y sólo se dedicara a gozar”*¹¹⁴.

IO9. En otro asunto se observó, que la paciente estuvo hospitalizada, tiempo durante

⁷⁹ Op. Cit. Castro, Roberto, páginas 167-193.

⁸⁰ Recomendación 19/2015. Párrafo 39.

¹¹¹ Recomendación 45/2015. Párrafo 134.

¹¹² Recomendaciones consultables en la página electrónica de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos: <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones>.

¹¹³ Op. Cit. Recomendación General 3/2015, emitida por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, páginas 4 y 5.

¹¹⁴ Ibid, páginas 6 y 7.

el cual manifestó que el personal de salud le hacía comentarios como *“deberías estar agradecida, es más pregúntale a tu Dios, si crees en Dios, pregúntale a tu Dios para qué te quiere porque muchas en tu lugar no salen, y si salen, salen taraditas o en coma”*¹¹⁵. En consecuencia, la agraviada expresó que estos hechos le ocasionaron una afectación a su estado psicoemocional y temor de acudir a los servicios públicos de salud.

- IIQ La Procuraduría de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, también emitió Recomendaciones¹¹⁶, en las que además de vulnerarse el derecho a la integridad personal¹¹⁷, se transgredió el derecho a una vida libre de violencia de las víctimas¹¹⁸.
- III Este Organismo Constitucional observó que en algunos casos se llegan a hacer comentarios que tienden a descalificar y subestimar el sufrimiento de las mujeres, asimismo resulta preocupante, que se den *“en un momento tan significativo como el del parto, donde la mujer se encuentra más necesitada de asistencia, contención y apoyo”*¹¹⁹.

B) Derecho a la protección de la salud.

- II2 La Suprema Corte de Justicia de la Nación¹²⁰ ha sostenido que del derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 4º Constitucional, derivan una serie de estándares jurídicos, como lo es el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Estado mexicano al ser parte de dicho instrumento, se obliga a reconocer el derecho a la salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, *“de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecerla salud de la población”*¹²¹.
- II3 El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido al derecho a la protección de la salud *“como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto*

¹¹⁵ Ibid, página 11.

¹¹⁶ Recomendaciones I22/2014/C-II, I27/2014/C-I.

¹¹⁷ Recomendación emitida en el expediente I22/2014/C-II, por la Procuraduría de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, el 14 de enero de 2015, consultable en: http://www.derechoshumanosgto.org.mx/descargas/recomendaciones/2015-I/2015-01-14_EXP_I22-14-C.pdf. Relato de la víctima en el presente caso: *“la Dra. (...) le dice a mi esposo, “señor se puede llevar a su esposa a otro lado porque necesita una cesárea de emergencia, puede llevársela al sanatorio Villagrán, porque no tenemos especialista”, (...) yo le conteste ya no amor, ya viene él bebe, y en ese momento yo la expulse, (...) después de rato llega la doctora (...) y me dice “te vamos a llevar a quirófano”, (...) de rato entra nuevamente la Doctora (...) y me dice “te voy a presionar tu vientre para sacarte lo que quedo e introdujo su mano y sentía que salía sangre, es cuando la doctora (...) me dice tienes hemorragia, (...) se sale del quirófano, ya después y me pone un pañal y me acomoda la bata, me saca al pasillo y después regresa con mi esposo quien estaba llorando y me abraza y me dice “la bebe murió” la doctora interviene diciendo “señora la bebe ya la traía muerta en la panza”, yo enojada le conteste “no es cierto usted bien sabe que la bebe no estaba muerta”, y le pido que me permita verla respondiendo “está segura” yo le digo “tráigamela”, ella entra a un cuarto y sale con la bebe y me la muestra, y todavía mi bebe está sucia de sangre, yo le reclame diciéndole que no era justo que me la enseñara así, que la hubiera limpiado”*

¹¹⁸ Recomendación emitida en el expediente número I27/2014/C-I, por la Procuraduría de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, el 28 de agosto de 2014, consultable en: http://www.derechoshumanosgto.org.mx/descargas/recomendaciones/2014-2/2014-08-28_EXP_I27-14-C.pdf

Página 10. En el caso que dio origen a la Recomendación I27/2014/C-I, también resuelta por la Procuraduría de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, la paciente refirió que recibió un trato descortés, por parte del doctor que la atendió, quien al percatarse de que el corazón de su bebé ya no latía le dijo a la agraviada y a su madre en un tono prepotente que *“esas son cosas que pasan, y las dejo un momento solas”*. La agraviada en su testimonio asentó: *“que con todo lo que sufrí no recuerdo horas ni tiempo sólo recuerdo que ya estaba de tarde; quiero mencionar que era mucho el dolor que sentía por la pérdida de mi bebé, por lo cual yo no paraba de llorar, y ya en la madrugada fue que entró una enfermera, de quien no supe su nombre, ni me fijé en sus características; pero recuerdo que me dijo “que ya no llorara, que también otra persona había perdido a su bebé y no estaba como yo”*.

¹¹⁹ García Jurado, Mariana; Aucía, Analía; Arminchiardi, Susana y Chiarotti, Susana. *“Con todo al aire. Derechos humanos y salud reproductiva: Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos”*. Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la Mujer (CLADEM); Instituto de Género y Desarrollo (INSGENAR), ISBN: 987-95502-6-9. Rosario, Noviembre 2003 Página. 27.

¹²⁰ Registro No. 2 007 938. Tesis: 2a. CVIII/2014 (10a.). SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO.

¹²¹ Registro: 2004683. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3. Materia(s): Constitucional. Tesis: I.4o.A.86 A (10a.). Página: 1759. DERECHO A LA SALUD. FORMA DE CUMPLIR CON LA OBSERVACIÓN GENERAL NÚMERO 14 DEL COMITÉ DE LOS DERECHOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, PARA GARANTIZAR SU DISFRUTE.

- nivel posible de salud*¹²².
- II4 Este Organismo Nacional se ha pronunciado sobre la protección de la salud en la Recomendación General 15 publicada en el año 2009, destacando que debe entenderse como el derecho a exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que “*el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice*”¹²³.
- II5 En relación con los entes privados, esta Comisión Nacional considera que la obligación de proteger, exige a los Estados asegurar que los terceros no afecten el derecho a la salud. Por tal motivo, deberán adoptar medidas para lograr que los agentes privados cumplan las normas de derechos humanos cuando prestan atención sanitaria; velar porque esto “*no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*” de los establecimientos, bienes y servicios de salud; proteger y procurar que “*terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud*”¹²⁴.
- II6 Cabe destacar que las instituciones privadas de salud no están exentas de ser sujetos de supervisión, toda vez que de conformidad con el artículo 5° de la Ley General de Salud conforman el Sistema Nacional de Salud, el cual es la “*instancia de enlace entre los sectores público, social y privado en la consecución del derecho a la protección de la salud, a través de mecanismos de coordinación y concertación de acciones*”¹²⁵.
- II7 En diversos casos analizados tanto por este Organismo Constitucional como por los Organismos Locales, se observó que: subestimar las manifestaciones de dolor hechas por la paciente¹²⁶, la realización de maniobras de manera rutinaria sin estimar el caso en particular, la falta de supervisión de los residentes por los

médicos de base, la falta de infraestructura y equipamiento del hospital y el abuso de medicalización sin considerar los efectos que esto podría acarrear a la mujer o al producto de la gestación, fueron algunos factores que incidieron en la salud de los afectados.

- II8 Los hechos que dieron lugar a la Recomendación 40/2015, son un claro ejemplo de lo asentado líneas arriba. En este asunto la paciente fue objeto de medicalización por cuatro días, toda vez que el hospital en que se brindó el servicio, no contaba con los elementos necesarios para otorgar una adecuada atención¹²⁷, además de no haber sido referida en su oportunidad a uno de tercer nivel.
- II9 Respecto esta situación, Visitadores Adjuntos de esta Comisión Nacional, han podido constatar que en ocasiones algunos hospitales carecen de infraestructura física, mobiliario y equipo idóneo, como también de personal médico y de enfermería suficientes para atender a la comunidad, que cuentan con pocos quirófanos, mobiliario deteriorado, ausencia de sábanas o los equipos médicos no funcionan correctamente. Para este Organismo Constitucional, una infraestructura inadecuada puede trascender a la violencia de género, como en el ejemplo anteriormente plasmado.
- II10 En cuanto a la realización de prácticas o revisiones de forma rutinaria, un experto en medicina de este Organismo Autónomo en la Recomendación 41/2015 dictaminó, que el tacto vaginal practicado a la gestante resultó inadecuado, ya que debe evitarse en las mujeres que presentan sangrado, debido a la alta posibilidad de que se presente de nuevo, como sucedió en el caso de la paciente. Al decir del experto en medicina, el médico responsable debió emplear otras metodologías como el ultrasonido obstétrico, las cuales no se llevaron a cabo,

¹²² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “*Observación general 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*” (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22° período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Aprobado por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

¹²³ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General No. 15 “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”. Publicada el 23 de abril de 2009.

¹²⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “*Observación general 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*” (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22° período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Aprobado por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000. Párrafo 35.

¹²⁵ CONSIDERANDO. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

¹²⁶ En la Recomendación 33/2016, se analizaron dos casos en los que las gestantes acudieron al hospital por sufrir los dolores propios del parto. De acuerdo con la opinión médica las pacientes debieron ser ingresadas, situación que no sucedió, lo que derivó en la evolución del trabajo de parto, los cuales en ambas situaciones fueron fortuitos.

¹²⁷ La ausencia de infraestructura también se evidenció en los casos que conformaron las Recomendaciones 44/2015 y 47/2016, en los que dicha circunstancia, coadyuvó en que no se otorgara una atención oportuna y de calidad a las mujeres perjudicadas, ya que no se contaba con los insumos necesarios para su tratamiento integral, lo que se traduce en una responsabilidad institucional.

bajo la premisa de que todas las mujeres en estado de embarazo podrían presentar una hemorragia posparto.

121. Asimismo, la inadecuada atención que se dio a la víctima en la Recomendación 41/2015, continuó afectándola en el puerperio. Ante el aviso del personal de enfermería de la continuación del sangrado transvaginal, las autoridades responsables realizaron un tacto bimanual¹²⁸ a la paciente. El médico de este Organismo Nacional en su opinión señaló, que las revisiones uterinas producen un grado de dolor a la paciente, no obstante, el personal médico efectuó esta práctica, desacreditando la actitud “*poco cooperadora*” de la víctima¹²⁹.
122. Cabe destacar que, en el caso en comento, la afectada fue intervenida inicialmente por dos médicos residentes, quienes no fueron supervisados ni asesorados por los médicos. Al respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSAI-2003, “*Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado*”, prevé que: “[e]n las instituciones de salud deben realizar la evaluación de sus campos clínicos al menos una vez al año y verificar que en ningún caso los alumnos sustituyan al personal de contrato,” además de que se “[p]roporcionen a los alumnos enseñanza tutorial sin exponerlos a actividades sin asesoría y supervisión que impliquen responsabilidad legal”.
123. Como se ha establecido, las formas de violencia obstétrica infringen el derecho a la protección de la salud. Este Organismo Autónomo registró acciones y omisiones cometidas por algunos profesionales en servicios de salud, que conculcaron este derecho en cada una de las etapas del embarazo, por ejemplo: efectuar prácticas de rutina, no llevar a cabo las medidas pertinentes para brindar la atención oportuna y no realizar un control prenatal adecuado¹³⁰.

¹²⁸ El examinador, con la mano enguantada separará los labios menores e introducirá uno o dos dedos (índice y medio) en la vagina, y la otra mano se pone sobre el abdomen, unos centímetros sobre la sínfisis púbica, y se presiona tratando de enganchar el útero. Se trata de sentirlo entre las dos manos (porción la pélvica y abdominal). Rigol Ricardo Orlando. Obstetricia y Ginecología. Editorial Ciencias Médicas, 2004, La Habana, Cuba.

¹²⁹ En el caso que dio lugar a la Recomendación 46/2016, se constató una actitud similar por parte de los médicos tratantes quienes asentaron que después del parto la víctima se encontraba “muy quejumbrosa y renuente”, inclusive una de las autoridades responsables al suscribir la “Nota de Revisión”, describió a la paciente como “poco cooperadora”.

¹³⁰ Tal como se lee en la Recomendación 44/2015, en la que esta Comisión Nacional destacó la importancia de brindar una adecuada atención a las gestantes menores de edad. Con relación a los hechos, el médico adscrito a este Organismo Nacional observó, que la paciente cursaba un aborto en evolución, siendo el caso que, en menores de edad, tal

124. Respecto al control prenatal, la UNICEF y OMS resaltan la relevancia de acudir al menos a cuatro visitas prenatales con el objeto de prevenir y tratar con oportunidad las complicaciones en la salud de las mujeres embarazadas, sin demérito de lo establecido como meta por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (párrafo 34 de la presente Recomendación General). Para estos efectos, es preciso que las autoridades responsables de establecer las políticas públicas en materia de salud, promuevan mediante campañas de difusión, la importancia de acudir periódicamente a la unidad médica a recibir la atención de su embarazo, con mayor razón cuando se trata de un embarazo patológico¹³¹.
125. Por lo anterior, este Organismo Nacional reitera, la necesidad de prestar un servicio médico conforme a las necesidades de la paciente en cada una de las etapas del embarazo, teniendo presente los factores que pudiesen representar un riesgo al bienestar del binomio materno infantil, como lo son: la edad, anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo¹³².

C) Derecho a la información y al libre consentimiento informado.

126. Ambos derechos se encuentran estrechamente relacionados, ya que la satisfacción del primero, garantiza el ejercicio efectivo del segundo. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos en su artículo 6º dispone, que “*toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse*

padecimiento se presenta en mayor porcentaje, toda vez que estos embarazos son clasificados como de alto riesgo. La prueba diagnóstica para determinar el manejo del aborto es efectuar un ultrasonido obstétrico, el cual no fue realizado.

Este Organismo Nacional consideró que el trato otorgado por los prestadores de servicios de salud, no atendió a su especial condición de menor de edad en estado de gravidez, toda vez que no fue indicado el ingreso de la paciente, ni la práctica del ultrasonido, hechos que configuraron violencia obstétrica, lo cual puso en riesgo su derecho a la protección de la salud, ya que se le expuso a complicaciones como hemorragia, perforación uterina, restos retenidos del producto de la concepción, endometritis y aborto séptico.

¹³¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “*Estado mundial de la infancia 2009 Salud materna y neonatal*”. Diciembre de 2008. Página 50.

¹³² 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*”. Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el jueves 7 de abril de 2016.

a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada”.

127. Este Organismo Constitucional tiene presente, que el derecho a la protección de la salud está condicionado al cumplimiento de diversos elementos como el derecho a la información, mismo que *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”*¹³³. En este sentido la Corte Interamericana precisó, que un *“aspecto relevante en materia de derecho a la salud y asistencia sanitaria lo constituye el acceso a información”*¹³⁴.
128. Sobre el particular la Comisión Interamericana asegura que los Estados deben *“eliminar los estereotipos de género tales como las restricciones al acceso a los servicios de atención médica por el hecho de carecer de la autorización del esposo, o compañero, padres o autoridades de salud, por su estado civil o por su condición de mujer”*¹³⁵.
129. En el ámbito nacional, la Carta de los derechos del paciente publicada en la página de la CONAMED, contiene el derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, mientras que el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en los artículos 29 y 30 dispone que el paciente tiene el derecho *“a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad”*.
130. Es necesario que en la relación médico-paciente y con quienes intervienen en la atención durante el embarazo, parto y puerperio, la mujer embarazada pueda consultar las inquietudes inherentes al proceso que está experimentando, mientras que el personal médico deberá proporcionarle información veraz,

objetiva, imparcial y libre de prejuicios, en un lenguaje comprensible y en su idioma, y en un ambiente libre de presiones y coerción, de manera que le sea posible ejercer el derecho a dar su consentimiento informado.

131. El consentimiento informado es un derecho humano que se vulnera cuando es subestimada la opinión de la mujer respecto a su salud, lo que anula su capacidad de decidir respecto de los procedimientos a realizar.
132. De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el consentimiento informado se logra a lo largo de un *“proceso de comunicación entre un proveedor de salud y un usuario, que no se agota con la firma de un documento (...) se debe otorgar de manera libre y voluntaria, después de que [quien lo otorga] reciba información acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento [que se va a consentir], [cuando] esté consciente de que existen otras alternativas que pueden ser igualmente efectivas y sin que esté sujeto a ningún tipo de discriminación, amenazas ni presiones”*¹³⁶.
133. El *“médico tiene la obligación moral de escuchar con atención, paciencia y comprensión todo lo que el paciente y sus familiares quieran decirle, y a su vez explicarles con claridad y en lenguaje sencillo, tantas veces como sea necesario, todo lo concerniente a su enfermedad y su pronóstico, evolución y tratamiento (...)no hacerlo es una falta grave de ética médica, porque interfiere con el establecimiento y la conservación de una relación médico-paciente constructiva y positiva”*¹³⁷.
134. El cumplimiento de este derecho obliga al personal médico a comunicar a la mujer embarazada sobre el desarrollo del trabajo de parto y a obtener su autorización expresa e informada, esto con la finalidad de evitar que se lleven a cabo los servicios obstétricos de forma rutinaria sin indicaciones clínicas justificadas, los cuales pueden llegar a ser innecesarios y peligrosos. La ausencia de información, provoca confusión y ansiedad a la mujer, incluidos sus

¹³³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Observación General 14, 11 de agosto de 2000. Párrafo. 11.

¹³⁴ *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Párrafo 198.

¹³⁵ Comisión IDH. Informe *“Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”*. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 93.

¹³⁶ Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité Para El Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana, Londres, 2012. Página 317.

¹³⁷ Pérez Tamayo, Ruy. *“Ética médica, salud y protección social”*. Trabajo presentado en el marco de la Conferencia Magistral Miguel E. Bustamante, durante el XI Congreso de Investigación en Salud Pública, celebrado en las Instalaciones del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos, del 2 al 4 de marzo de 2005. Publicada en Salud pública en México. Volumen 47, número 3, mayo-junio 2005. Páginas 247, 248 y 250.

familiares.

- I35** En la práctica, es común que se incurra en la afectación de estos derechos. En la Recomendación 45/2015 este Organismo Autónomo determinó, que el personal médico del hospital, vulneró el derecho a la información en materia de salud de los padres, al haber brindado información incompleta o sesgada sobre el estado de salud de la recién nacida, toda vez que no se les comunicó del estado de gravedad de la menor, ni de la causa de su posterior deceso.
- I36** Asimismo, en la Recomendación 51/2015 se comprobó, que el médico interno de pregrado incurrió en la conculcación del derecho al consentimiento informado, toda vez que realizó la episiotomía, sin que dicha intervención haya sido consultada a la paciente. Con relación a ello la NOM-007-SSA2-1993 en su numeral 5.4.1.8, refiere que “[l]a episiotomía debe practicarse solo por personal médico calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada; asimismo, que su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer”^{138*}, circunstancias que no se cumplieron en el presente caso.
- I37** A nivel estatal, este Organismo Autónomo registró un caso en el que la quejosa refirió que llevaba dos horas en espera de ser atendida en el hospital, dio a luz a su bebé dentro de la taza del baño, golpeándose al caer y cortándose el cordón umbilical, siendo dada de alta sin que se le brindara información de la recién nacida, sobre los riesgos que “representa un parto fortuito (parto espontáneo y sin atención médica)” ni de “la posibilidad de que en el futuro su hija presente alguna afectación neurológica derivada del golpe que recibió por la caída”¹³⁹.
- I38** Este Organismo Nacional reconoce que en algunas ocasiones las asimetrías y los roles de género tienen un impacto negativo en el derecho a decidir libremente sobre la salud y derechos reproductivos de las mujeres, por lo que destaca la importancia de poner a la disposición la información necesaria que permita el ejercicio efectivo de este derecho.

D) Derecho a la libertad y autonomía reproductiva.

- I39** Este derecho se encuentra previsto en el artículo 4º de la Constitución al decir: “[t]oda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”¹⁴⁰. Por su parte el artículo 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, establece que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad “los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.
- I40** El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha precisado que la salud genésica: “significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto”¹⁴¹.
- I41** Sobre el particular, la Corte Interamericana en el Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación In Vitro) Vs. Costa Rica sostuvo, que “existe una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica”¹⁴².
- I42** La salud reproductiva implica comprender las condiciones sociales que posibilitan u obstaculizan el acceso a ésta. Lo anterior conlleva a considerar las especificidades de las mujeres que pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad.

^{138*} Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995. Vigente en la época en que sucedieron los hechos.

¹³⁹ Op. Cit. Recomendación General 3/2015, página 16.

¹⁴⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de enero de 2016.

¹⁴¹ Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Párrafo 12.

¹⁴² Op. Cit. Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros, párrafo 147.

- I43. Con relación a los miembros de comunidades indígenas, este Organismo Nacional en la Recomendación General No. 4 publicada en el año 2002, relativa al derecho al consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar, señaló que en la práctica, no se cumple satisfactoriamente, ya que “no se toman en cuenta las diferencias culturales, esto por el idioma en que se redactan los documentos administrativos, y tampoco se respetan sus esquemas de valores sobre su vida sexual y reproductiva”¹⁴³, por lo que instó a preservar los derechos reproductivos de los pueblos y comunidades indígenas, en atención a la diversidad cultural e instrumentos jurídicos nacionales e internacionales que los protegen.
- I44. Una práctica que constituye violencia obstétrica y transgrede el derecho a la libertad y autonomía reproductiva es la esterilización forzada, la cual en determinados contextos¹⁴⁴, puede ser considerada una violación a la prohibición absoluta de la tortura¹⁴⁵.
- I45. A continuación se exponen los casos de las Recomendaciones 29/2015, 32/2015, 45/2015, 51/2015, 8/2016, 31/2016, 50/2016 y 3/2017, así como Recomendaciones publicadas por las Comisiones, Procuradurías y Defensorías Estatales, en los que se conculcó, el derecho a la libertad y autonomía reproductiva, al acreditarse que el personal médico no respetó la forma en que la gestante decidió dar a luz, ni los procesos naturales del parto, al acelerarlo mediante la aplicación de oxitocina cuando no era necesario; del mismo modo se afectó el derecho a decidir libremente el método de planificación familiar y el número de hijos y espaciamiento entre ellos.
- I46. En la Recomendación 29/2015, se describe que el médico realizó rompimiento de membranas amnióticas para acelerar el trabajo de parto, ordenó bloqueo peridural e inició conducción del trabajo de parto por medio de oxitocina; sin embargo, en el partograma se advierte que no existió una adecuada monitorización fetal y estrecha vigilancia del trabajo de parto, ya que no se

registró el descenso por el canal de parto en base a los planos de Hodge, ni el borramiento cervical. Asimismo, el médico no detectó oportunamente el período expulsivo prolongado, toda vez que a pesar de que la paciente presentaba dilatación completa, se pasó a sala de expulsión después de más de dos horas, en donde “en apoyo” a la mujer parturienta se le presionó el abdomen en cinco ocasiones, hasta que nació el menor con paro cardiorespiratorio. En el presente asunto la violencia obstétrica consistió, en haberle realizado la maniobra de Kristeller¹⁴⁶.

- I47. En la Recomendación 50/2016 la agraviada refirió que el médico pasante le realizó numerosos tactos vaginales, inclusive momentos antes de la expulsión le practicó dos más; por otra parte se constató, que el médico responsable también hizo empleo de esta maniobra de presión para “obtener al producto”, respecto de la cual un médico de este Organismo Nacional destacó que el galeno infringió la NOM- 007-SSA2-1993 que señala: “Para la atención del periodo expulsivo normal (...) no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión”.
- I48. En la Recomendación 51/2015, el personal médico sin respetar los procesos reproductivos de la agraviada, decidió no llevar a cabo la cesárea. La quejosa manifestó, que esto ocurrió debido a que “no había anestesiólogo” y “su dilatación era sólo de 8”; aun y cuando la cesárea había sido indicada en revisiones anteriores, ya que el bebé tenía un peso de 5 kg.
- I49. Consta en el expediente, que se ordenó la realización de una amniotomía a la paciente, maniobra que implica efectuar una ruptura de membranas de manera artificial, con el propósito de adelantar el trabajo de parto. El médico de este Organismo Nacional en su opinión manifestó que de acuerdo con lo establecido en el numeral 4.17 de la “Guía de práctica clínica sobre vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”, el aceleramiento del parto a través de esta vía no es del todo recomendable, ya que aumenta las posibilidades de infecciones materno-fetales; además manifestó que dicha maniobra no estaba del todo justificada, lo que incumple con la referida NOM-007-SSA2-1993, que

el proceso de obtención del consentimiento; el requisito fijado por algunos empleadores de presentar un certificado de esterilización y la esterilización forzada de las mujeres seropositivas en algunos Estados”. Párrafo 45.

¹⁴³ “La esterilización forzada es un acto de violencia y una forma de control social que viola el derecho de las personas a no ser sometidas a tortura y malos tratos”. Ibid. 45.

¹⁴⁶ Maniobra de Kristeller: presión en el fondo uterino durante el parto.

¹⁴³ Recomendación General No. 4, “Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas, respecto a la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar”. Publicada el 16 de diciembre de 2002. página 3.

¹⁴⁴ Organización de las Naciones Unidas (ONU) “Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”. Consejo de derechos Humanos. 31 periodo de sesiones. A/HRC/31/57. 5 de enero de 2016. “Entre las prácticas documentadas que pueden violar dicha prohibición destacan las iniciativas de planificación familiar impulsadas por algunos gobiernos y dirigidas a mujeres sin estudios y pobres en las que se abrevia

establece que “[n]o debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto”^{147*}.

- I50.** Así también en la Recomendación 32/2015, este Organismo Autónomo resolvió que la implantación del dispositivo intrauterino previo a la firma de conformidad del cónyuge, sin tener en cuenta el consentimiento de la interesada, fue un hecho que afectó la libertad y autonomía reproductiva de la mujer¹⁴⁸.
- I51.** En las Recomendaciones 45/2015 y 8/2016 este Organismo Constitucional consideró, que la actuación de los médicos incidió en la vulneración del derecho a decidir el número de hijos y espaciamiento, pues de las constancias que integran el expediente, se confirmó que los productos de la gestación eran viables, sin embargo, la inadecuada atención médica que recibió su madre, derivó en la pérdida de la vida de los recién nacidos.
- I52.** Por lo que hace a los hechos contenidos en la Recomendación 31/2016, la víctima manifestó que: *“le fue colocado sin consentimiento de su concubino ni de sus padres, un dispositivo intrauterino “DIU” y que después de ello obtuvieron la firma de su mamá en forma engañosa”*. La Comisión Nacional constató de las evidencias expuestas que el método anticonceptivo elegido por la afectada, no fue respetado por el personal médico del Hospital General, y le fue impuesto otro método anticonceptivo (DIU) sin su consentimiento.
- I53.** En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional acreditó la violación al derecho a una vida libre de violencia con motivo de la omisión de respetar el derecho a la libertad y autonomía reproductiva en relación con el consentimiento informado en servicios de anticoncepción de la víctima.

- I54.** En el contexto estatal, se detectaron algunos casos en los que las víctimas mencionaron que el personal médico descalificó su negativa de colocarse el dispositivo intrauterino, utilizando frases como *“por eso les pasa lo que les pasa”*, *“por eso tienen hijos no deseados”*¹⁴⁹.
- I55.** De manera similar en la Recomendación que resolvió el expediente número 183/2014-C, integrado en la Procuraduría de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, consta el dicho de la quejosa sobre la manera en que los doctores que la intervinieron, desatendieron su petición de tener el parto mediante cesárea, argumentando que no contaban con anestesiólogo. La afectada refirió que:

*“al comenzar el trabajo de parto la Doctora me dijo que pujara para que saliera mi bebé, que ya venía, que se veía su cabecita, por lo que yo empecé a pujar sin lograr que saliera mi bebé, yo sentía mucho dolor en mi espalda; fue entonces que la Doctora me pide que me esfuerce más y el Ginecólogo se coloca detrás de la camilla y con su antebrazo presiona mi vientre y lo empuja hacia adelante al tiempo que yo pujo, esto lo hizo en tres ocasiones, y yo sentía mucho dolor, sin lograr que saliera mi bebé; fue que yo le comenté a la Doctora que no podía y ya como a las 23:25 horas, escuché que la Doctora dijo “que este parto ya se está complicando”, (...) yo quería irme a otro lado, ya que antes de empezar el trabajo de parto había pedido que me realizaran una cesárea y me dijeron que no se podía porque no contaban con anestesiólogo, que mi parto sería natural”*¹⁵⁰.

- I56.** Esta Comisión Nacional hace hincapié en que, para cumplir satisfactoriamente

^{147*} Op. Cit. NOM-007-SSA2-1993, Numeral 5.4.I.4. Norma Oficial vigente al momento de los hechos.

¹⁴⁸ De igual forma este Organismo Nacional tuvo por vulnerado este derecho en la Recomendación 35/2016, en la que se constató que el médico residente asentó en la “Nota de Valoración Preanestésica”, que la víctima elegía la colocación del Dispositivo intrauterino, lo que realizó sin que constara en el documento denominado “Consentimiento Informado en Planificación Familiar”, el nombre, firma o huella digital de la paciente, por lo que se advierte que no se garantizó el derecho al consentimiento libre e informado de conformidad con los estándares nacionales e internacionales en la materia.

¹⁴⁹ Op. Cit. Recomendación General 3/2015, página 9.

¹⁵⁰ Recomendación emitida en el expediente número 183/2014-C, por la Procuraduría de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, consultable en: http://www.derechoshumanosgo.org.mx/descargas/recomendaciones/2015-1/2015-01-14_EXP_183-14-C.pdf. Publicada el 14 de enero del año 2015. Página 3.

con el derecho a la libertad y autonomía reproductiva, es indispensable que los prestadores de servicios de salud además de realizar una adecuada valoración de la paciente, tomen en cuenta las decisiones de la mujer sobre sus procesos reproductivos, siempre que esto no afecte su salud o la del producto de la gestación.

E) Derecho a la igualdad y no discriminación.

157. El artículo II de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos prevé que *“ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna”*.
158. Por su parte los artículos 12.1, 12.2 y 14.2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y 10.1 y 10.2 inciso f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) disponen que los Estados deben satisfacer *“las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”*; garantizar *“a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto”*; asegurarle una *“nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”*; y adoptar todas las medidas apropiadas para *“eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar (...) condiciones de igualdad entre hombres y mujeres”*.
159. Esta Comisión Nacional observa con preocupación el impacto que tiene esta forma de violencia sobre las mujeres en situación de vulnerabilidad, como las afrodescendientes, migrantes, mujeres con VIH, jornaleras, indígenas o con discapacidad, por mencionar a algunas; quienes además, en algunos casos, de ser maltratadas en las instituciones de salud, las cuales en ocasiones no cuentan con lo necesario para satisfacer plenamente el derecho a la salud, son discriminadas por su origen y condición social.
160. La Plataforma de Beijing reconoce que *“diversos factores contribuyen a*

*determinar la salud de la mujer, tales como los factores biológicos, el contexto social, político y económico en que vive. Afirma que, el principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud, es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos”*¹⁵¹.

161. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 observó que: *“muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad”*.
162. En este tenor, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, enunció que *“los Estados deben tomar en cuenta que los grupos de personas que viven en circunstancias adversas y con menos recursos, tales como las mujeres que viven en condiciones de pobreza, las mujeres indígenas y afrodescendientes y las adolescentes, son quienes enfrentan un mayor riesgo de ver afectado su derecho a la integridad en el acceso a servicios de salud materna”*¹⁵².
163. Respecto de los miembros de comunidades indígenas, este derecho se encuentra previsto en el artículo 25 del Convenio No. 169 de la Organización Internacional del Trabajo, que establece la obligación de los Estados de poner a *“disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”*; mientras que el artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas indica que los indígenas deben acceder sin discriminación a los servicios de salud, quienes *“tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental”*.
164. Los hechos señalados en la Recomendación 45/2015, repercutieron en el derecho a la igualdad y no discriminación de las víctimas, quienes refirieron ser lacandones, que no hablan bien el español, no saben leer ni escribir. El personal

¹⁵¹ Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 15 Septiembre 1995, A/CONF.177/20 (1995) y A/CONF.177/20/Add.I (1995). Párrafo 89. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

¹⁵² Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) *“Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”*. 7 junio 2010. Párrafo 96.

médico del hospital al momento de otorgar el servicio, omitió considerar las circunstancias particulares de la gestante, quien cuenta con escasos recursos, además de vivir en Nahá, en Ocosingo, Chiapas, municipio que, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, forma parte de los cinco municipios con mayor rezago social en dicho estado; entre otros factores.

- 165 En el mismo sentido, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán, emitió la Recomendación III/2015, de la que se desprende la doble o triple discriminación que sufren las usuarias de servicios de salud, primero por ser mujer, segundo por su embarazo, y tercero por pertenecer a un grupo indígena; textualmente se sostuvo:

“De raíces indígenas, vecina de la Cañada de los Once Pueblos y trabajadora del campo de la zona agrícola del municipio de Tanhuato, Michoacán dio a luz a su bebé en el baño del Hospital Regional de esta ciudad de la Piedad, ya que los médicos y enfermeras, que se supone, estaban al pendiente de su cuidado, le indicaron que todavía no le tocaba el turno del alumbramiento y en ese descuido la mujer vio nacer a su hijo en esas condiciones”¹⁵³.

- 166 Lo anterior, da cuenta de la precaria situación que persiste para los miembros de comunidades indígenas, quienes ven obstaculizado el acceso a los servicios de salud por diversos motivos como la lejanía de los centros de salud, las malas condiciones en que estos se encuentran, la ausencia de personal médico de base, falta de intérpretes y traductores, y actitudes discriminatorias por parte de algunos profesionales de salud.
- 167 Esta Comisión Nacional hace énfasis en que para disminuir la mortalidad materna de las mujeres indígenas, es necesario incorporar una perspectiva intercultural conforme a la cual se protejan sus derechos, plantear políticas

públicas con enfoque de derechos humanos, e identificar nuevos actores en la provisión de los servicios de salud materna, como son aquellos que tienen experiencia en la partería profesional¹⁵⁴.

a) Derecho a la integridad personal.

- 168 Como se indica en el artículo 5° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el derecho a la integridad personal, protege el derecho de todos los individuos a que se respete su integridad física, psíquica y moral, lo que implica que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional.
- 169 La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, en su artículo 4° expresa que *“toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos”*, como el derecho a que se respete su vida, su integridad física, psíquica y moral, el derecho a no ser sometida a torturas, entre otros.
- 170 La Corte Interamericana ha sostenido que, en el contexto de la atención médica las personas pueden experimentar angustia o ansiedad *“por la falta de atención médica o los problemas de accesibilidad a ciertos procedimientos en salud”*, por lo tanto, ha resuelto que los *“Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal”¹⁵⁵.*
- 171 Sobre el particular la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en el *“Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos”¹⁵⁶*, estableció que la violencia obstétrica se da en las instituciones de salud y puede constituir malos tratos.

¹⁵³ Recomendación III/2015, emitida por la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán, el 31 de julio de 2015.

¹⁵⁴ Una partera o partero profesional es una persona que ha adquirido las competencias que se requieren para obtener legalmente el registro y/o la certificación, establecidas por un órgano regulador autónomo integrado por parteras. La partera profesional debe ser capaz de proveer a las mujeres el acompañamiento, atención y orientación necesarias durante el embarazo, el parto y el periodo posparto; atender los partos con sensibilidad, responsabilidad y autonomía, atender al recién nacido/a y al lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, el cuidado integral de la salud, la detección de las condiciones patológicas en la madre y el bebé, la atención primaria de la urgencia y la referencia

oportuna. Fuente: Asociación Mexicana de Partería A.C. Enlace: <http://www.asociacionmexicanadeparteria.org/parteras/>

¹⁵⁵ Caso Suárez Peralta vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261. Párrafo 132.

¹⁵⁶ Op. Cit. Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) *“Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos”*, página 68.

- I72. Los casos de violencia obstétrica, tienen como consecuencia la afectación al derecho a la integridad personal de las víctimas, tanto en su aspecto físico como psicológico.
- I73. En la Recomendación 19/2015, no obstante que la paciente había informado al médico acerca de sus contracciones e insistirle que no se sentía bien, el médico decidió enviar a su domicilio a la víctima, por lo que 15 a 20 minutos después de haber salido del nosocomio, dio a luz a su bebé en la vía pública, sin asistencia de personal médico, ni de enfermería y sin medidas de salubridad. El parto en estas circunstancias, derivó en una afección física, ya que le produjo un desgarro en la zona genital, por lo que fue necesario realizarle una sutura.
- I74. Asimismo, en la Recomendación 50/2015, el producto de la gestación se encontraba en posición podálica, ante tal complicación, el médico pasante de servicio social tuvo problemas, por lo que el producto de la gestación quedó “de cabeza en el canal vaginal por 25 minutos”, ocasionando que la agraviada sufriera un desgarro en canal vaginal resultado de las maniobras. El médico residente de ginecología que finalmente la atendió, asentó en su informe que al acudir a atender el parto, encontró a la víctima con episiotomía medio lateral extensa “expulsivo prolongado de 25 minutos”. Al respecto el médico adscrito a esta Comisión Nacional en su opinión, expuso que el parto vía vaginal en presentación podálica, debe ser atendido por alguien con experiencia suficiente para resolver complicaciones en el periodo expulsivo, no obstante, la ejecución de dicha labor se le encomendó al médico pasante.
- I75. De igual modo, en la Recomendación 51/2015, la realización de una episiotomía tuvo consecuencias en la salud de la agraviada. Dicha práctica fue efectuada por personal no capacitado, o no supervisado, lo que generó consecuencias en la salud en la paciente, siendo así que después de su alta, acudió al hospital manifestando dolor y ardor tanto al miccionar como al evacuar, debido a la presencia de episorrafia (sutura de episiotomía) extremadamente profunda, razón por la cual se le ingresó al nosocomio.

- I76. Es indispensable que las instituciones de salud, adopten medidas que aseguren que su personal se conducirá con respeto a la integridad personal de las pacientes, evitando así, ocasionar un daño físico o psicológico a las víctimas.

B Derecho a la vida.

- I77. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de su ciclo existencial, sin que éste se vea interrumpido por algún agente externo¹⁵⁷. Este derecho tiene un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.
- I78. Este Organismo Constitucional ha reiterado que “*los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales – como el derecho a la vida* ¹⁵⁸”. Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como en el presente caso.
- ❖ **La interconexión entre los derechos de la mujer y el producto de la gestación.**
- I79. Este Organismo Nacional considera que existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el

¹⁵⁷ Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 6.I de la Convención sobre los Derechos del Niño, y el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto a que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

¹⁵⁸ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

otro.

- 180.** Al existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal.
- 181.** El artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del Niño recoge dicha interconexión al reconocer que una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud consiste en *“asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”*.
- 182.** El Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15 *“sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”* reconoció que: *“entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto”*¹⁵⁹.
- 183.** Para reducir la mortalidad infantil el Comité de los Derechos del Niño recomienda *“fortalecer los sistemas sanitarios para facilitar esas intervenciones a todos los niños en el contexto de un proceso ininterrumpido de atención en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, incluidas pruebas de detección de defectos congénitos, servicios de parto en condiciones seguras y atención del recién nacido”*¹⁶⁰, fortaleciendo y reforzando aquellas acciones y estrategias que han permitido reducir paulatinamente y de manera sostenida este indicador, como ha quedado señalado en los antecedentes de la presente Recomendación General.

- 184.** En 22 de las 28 Recomendaciones publicadas en los años 2015, 2016 y 2017, se evidenciaron prácticas constitutivas de violencia obstétrica como desestimar los padecimientos manifestados por la gestante, descuidar la vigilancia estrecha del binomio materno-infantil, abandonar a la paciente, la medicalización y patologización de los procesos naturales; que derivaron en la pérdida de la vida de la madre o del producto de la gestación.
- 185.** En la Recomendación 20/2015, el personal médico hizo caso omiso de los malestares que refería la paciente con motivo de la labor de parto (*“cefalea, acúfenos y náuseas”*), inclusive la madre de la menor mencionó, que el doctor de guardia dejó a su hija sola, vomitando por el efecto de unas pastillas que le recetó, toda vez que había terminado su turno.
- 186.** La víctima en la citada Recomendación, fue una menor de edad de 16 años, quien permaneció 1 hora con 40 minutos sin que fuera valorado el bienestar fetal, siendo que esta valoración debe registrarse de manera estrecha, además de que la paciente se encontraba en fase activa. Todo lo cual, repercutió en la vida de su bebé, quien falleció de asfixia por broncoaspiración de líquido amniótico. El experto en medicina de este Organismo Nacional señaló, que no se consideraron los síntomas que manifestó sentir la menor durante la valoración que se realizó ese día¹⁶¹; de ser así, el médico responsable hubiera diagnosticado un cuadro de preeclampsia severa, a fin de indicar la interrupción del embarazo mediante cesárea urgente.
- 187.** Así también se consideró, que el trato otorgado por parte de los prestadores de servicios de salud, no atendió a la condición de menor de edad de la víctima. En atención a ello, este Organismo Constitucional refirió, que, al brindarse atención médica a una menor, el personal debe conducirse con apego a los principios rectores como lo son, el interés superior de las niñas y los niños, la inclusión, la universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad e integralidad de los derechos de niñas y niños; así como el acceso a una vida libre de violencia y

¹⁵⁹ Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013. Párrafo 18.

¹⁶⁰ *Ibid.* Párrafo 18.

¹⁶¹ Recomendación 20/2015. “Sobre el caso de violencia obstétrica e inadecuada atención médica en agravio de V1 y la pérdida de la vida en agravio de V2, en el Hospital General de Tetecala “Dr. Rodolfo Becerril de la Paz”, dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Morelos”.

la accesibilidad¹⁶².

- 188.** De igual forma en la Recomendación 39/2015, el experto en medicina adscrito a esta Comisión Nacional, comprobó que los médicos responsables no valoraron el sangrado transvaginal referido por la afectada, situación que aunada a otras cuestiones, coadyuvó a su muerte.
- 189.** En la Recomendación 25/2015, se constató el abandono de la paciente, toda vez que no fue valorada durante la noche¹⁶³, siendo atendida hasta las 9:30 a.m. del día siguiente, y posterior a ello pasó 6 horas sin recibir vigilancia estrecha. Ante estas circunstancias los médicos de esta Comisión Nacional señalaron que: “la posible muerte del producto dentro *del seno materno (óbito) era previsible*” si se hubiera atendido y diagnosticado a tiempo el embarazo de alto riesgo¹⁶⁴.
- 190.** Los hechos que dieron origen a la Recomendación 40/2015, configuraron violencia obstétrica en la forma de medicalización de los procedimientos naturales, toda vez que las autoridades responsables en lugar de remitir a la gestante a otro hospital para que fuera valorada por un gineco-obstetra por la carencia de este servicio en el hospital donde estaba siendo atendida, la mantuvieron por un lapso de 4 días con la aplicación de medicamentos útero inhibidor de parto pretérmino, con lo que se postergó de manera inadecuada la resolución del embarazo mediante cesárea urgente, que en opinión del médico de esta Comisión Nacional existían elementos para llevar a cabo este procedimiento quirúrgico antes, ya que su postergación originó el sufrimiento fetal de sus gemelos, y la muerte de uno de ellos.
- 191.** La inadecuada atención que recibió la madre en la Recomendación 50/2015, produjo la pérdida de la vida del recién nacido, quien sufrió atrapamiento prolongado por 25 minutos en el canal vaginal, situación que le produjo

“sufrimiento fetal agudo, trauma obstétrico (fractura clavícula izquierda, elongación de ambos plexos braquiales) y asfixia perinatal... encefalopatía hipóxico-isquémica sarnat III”.

- 192.** Este Organismo Constitucional advirtió, que debido a la falta de personal médico especializado en el servicio de Ginecología y Obstetricia, no se otorgó a la paciente una atención oportuna y adecuada, propiciándole de manera innecesaria un sufrimiento tanto físico como emocional al sentir que el producto de la gestación estuviera por un tiempo prolongado sin ser expulsado de manera completa del canal vaginal.
- 193.** En la Recomendación 52/2015, la omisión de ingresar a la paciente a tiempo produjo la pérdida de la vida del recién nacido, no obstante que la gestante había acudido en 2 ocasiones al hospital por presentar dolores de parto y sangrado, los doctores no la ingresaron, e inclusive en la segunda cita, la quejosa indicó que uno de los médicos le mencionó que debía presentar “más sangrado y mayores dolores para que ingresara”.
- 194.** En la opinión de un médico de este Organismo Constitucional, las autoridades responsables subestimaron los datos del líquido transvaginal y sangrado vaginal que presentó la paciente, además de omitir realizar el ultrasonido obstétrico e ingresarla para mantenerla bajo vigilancia. Asimismo refirió, que si la agraviada hubiese sido atendida, auscultada apropiadamente y hospitalizada el día que acudió a valoración a urgencias, se hubiera podido evitar la pérdida del producto de la gestación.
- 195.** Este Organismo Nacional advierte, que una de las consecuencias más graves de la violencia obstétrica, es la que tiene como resultado la pérdida de la vida de la madre o del producto de la gestación; situación que en ocasiones puede ser evitada, de brindarse una atención oportuna. El Fondo de las Naciones Unidas

¹⁶² Mismo caso se dio en la Recomendación 44/2015, en la que este Organismo Autónomo se pronunció sobre la importancia de prestar los servicios de salud, atiendo la calidad de menor de la paciente.

¹⁶³ En el caso de la Recomendación 44/2015, se registró la ausencia de vigilancia y control materno-fetal e inadecuado tratamiento, al no haberse indicado los estudios necesarios para el control de los padecimientos que presentaba la gestante, quien tenía un embarazo de alto riesgo por tratarse de una mujer de 40 años de edad, diabetes gestacional e hipertensión, todo lo cual propició que el producto de la gestación presentara sufrimiento fetal, generándose su pérdida, ya que como se ha descrito, la protección de la salud de la madre, se encuentra vinculada al adecuado desarrollo del producto, hasta la conclusión del embarazo.

¹⁶⁴ En la Recomendación 51/2015, se reportó el abandono de paciente. De la narración de los hechos se observa, que la gestante fue ingresada a la sala de parto, donde permaneció aproximadamente desde las 16:00 hasta las 20:00 horas. En la opinión del médico, la ausencia de una vigilancia estrecha tuvo como consecuencia la pérdida de la vida del producto de la gestación.

Así también en la Recomendación 38/2016 se comprobó que durante las 15 horas que tardaron en practicar la cesárea a la paciente, el personal médico omitió realizar un monitoreo estrecho tanto de la madre como del producto de la gestación. La vigilancia estrecha era indispensable, dada la edad gestacional de la víctima (27 semanas).

para la Infancia (UNICEF) asegura que, estudios en la materia demuestran que a nivel mundial “aproximadamente el 80% de las muertes maternas podrían evitarse si las mujeres tuvieran acceso a los servicios esenciales de salud materna y a una atención sanitaria básica”¹⁶⁵.

196. Tal como se ha asentado en las Recomendaciones referidas, esta Comisión Nacional insta a las entidades, a implementar todas las medidas posibles, para evitar que hechos como los anteriormente descritos ocurran.

❖ Parto Respetado: Una forma de evitar la violencia hacia la mujer.

197. Esta Comisión Nacional advierte sobre la necesidad de transitar hacia un modelo de atención obstétrica con perspectiva de derechos humanos y de género, basado en los estándares y en las necesidades de las mujeres y sus hijos.
198. En el parto humanizado o respetado, la mujer embarazada puede, siempre y cuando su salud lo permita: “decidir el lugar del nacimiento en caso de ser un parto normal, sin complicaciones. Actualmente [tiene] la posibilidad de recibir atención de calidad en: [su] hogar, clínicas y hospitales (...); aceptar o no el uso de analgésicos o anestésicos; contar o no con un/a acompañante en todo momento y/o una partera; tener libre movimiento durante [su] trabajo de parto; elegir la postura durante el periodo expulsivo; definir el destino de la placenta y otras prácticas culturales importantes para [ella]...”¹⁶⁶.

¹⁶⁵ Op. Cit. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “Estado mundial de la infancia 2009 Salud materna y neonatal”. Diciembre de 2008. Página 2.

¹⁶⁶ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF). Cartilla atención humanizada al parto. Consultable en: http://www.dif.df.gob.mx/dif/_pdf/cartillaPartoHumanizado.pdf

¹⁶⁷ Una partera tradicional es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales. Declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF “Parteras tradicionales”, Ginebra, Suiza, 1993. Página 5.

❖ Parto Intercultural.

199. Así también, es importante la implementación y respeto del parto intercultural. En el Conversatorio “Los Derechos Humanos del Pueblo Maya, sus problemáticas y propuestas de solución”, organizado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en coordinación con la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, el 20 de enero de 2016, los participantes dieron testimonio acerca de la problemática que les aqueja en materia de salud. Las parteras y parteros tradicionales¹⁶⁷, expresaron su sentir respecto de la reacción que en algunos casos presenta el personal de salud ante su intervención durante el parto.
200. Específicamente, una partera tradicional expuso la discriminación y humillación de que son víctimas en el “*Seguro Social y en el Centro de salud*” cuando acuden con “sus parturientas”, y relató que: “cuando llegamos a la puerta del hospital, sólo dejan pasar a la mujer y a nosotras nos dicen usted no pasa, sólo la señora, entonces nos sentimos mal, nos discriminan como parteras (...) a veces los doctores no pueden hacer un parto normal cuando el bebé viene sentado, o atravesado o de pie, sólo dicen a la mujer, te vamos a preparar para cesárea; por el contrario, nosotras las parteras estamos capacitadas para acomodar al bebe, girar al bebé y que nazca de parto natural sin cortar, sin picar a la señora para que pueda salir el bebé”¹⁶⁸.
201. Funcionarios de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), han manifestado que las parteras y parteros al igual que las mujeres indígenas embarazadas son objeto de “maltrato cultural y social en salud reproductiva”, “dados los prejuicios existentes en nuestra sociedad mestiza contemporánea”¹⁶⁹.

¹⁶⁸ Testimonio de Rafaela Cam Ake, partera tradicional, Comisaría de Chunuc, municipio Sudzal, Yucatán. Conversatorio, organizado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en coordinación con la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, sobre “Los Derechos Humanos del Pueblo Maya, sus problemáticas y propuestas de solución”. Valladolid, 20 de enero de 2016.

¹⁶⁹ Op. Cit. Almaguer González, página 9.

202. Además de las cuestiones fisiológicas, las parteras y parteros tradicionales atienden las necesidades culturales y espirituales¹⁷⁰ de la mujer embarazada. La situación de discriminación y negativa de acceso a las instalaciones de los centros de salud de las parteras, repercute en las mujeres gestantes, quienes tienen derecho a un parto humanizado e intercultural.

203. El reconocimiento de personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, previsto en los artículos 102 y 103 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, posibilita a las parteras y parteros tradicionales a prestar servicios de obstetricia, una vez obtenida la autorización correspondiente.

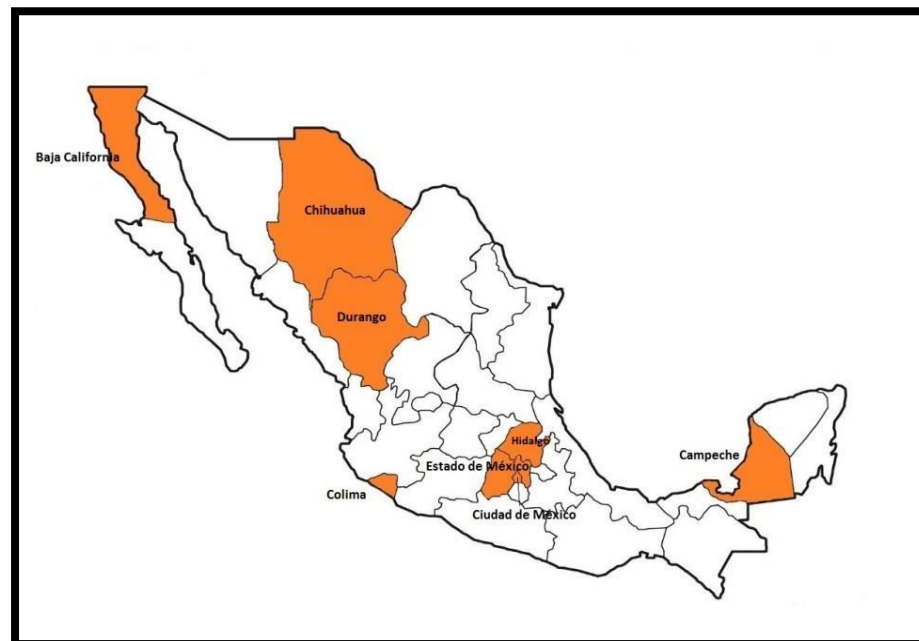
204. Para este Organismo Nacional, es indispensable que las mujeres indígenas que han sido tratadas durante el embarazo por una partera o partero, se les permita que se les acompañe, ya que en ocasiones no entienden el español o bien entendiéndolo, no les son claros algunos términos. Es importante que puedan coadyuvar con los médicos gineco-obstetras, sobre todo en aquellos estados con población indígena, lo anterior de conformidad con lo previsto por los artículos 6º, fracción VI Bis y 64, fracción IV de la Ley General de Salud, los cuales establecen que el Sistema Nacional de Salud tiene dentro de sus objetivos: “promover el conocimiento, práctica y desarrollo de la medicina tradicional indígena en condiciones adecuadas y llevar a cabo acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras y parteros tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio”.

❖ “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro” de la Secretaría de Salud

205. La Secretaría de Salud en el documento “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro”, propone un modelo que fue concebido y puesto en marcha en la DGPLADES, donde opera desde 2008, un Programa de Interculturalidad en

Salud¹⁷¹, el cual se basa en la aceptación del modelo tradicional de atención del parto, que parte del reconocimiento del derecho de los pueblos indígenas a utilizar su medicina tradicional.

206. Sobre el particular el 19 de septiembre de 2008, el entonces Secretario de Salud manifestó que: “se ha identificado que el parto vertical, en condiciones de seguridad y de respeto a los derechos reproductivos, tiene ventajas y pertinencia cultural, por lo que se difunden sus beneficios en la atención obstétrica”¹⁷².



207. La finalidad del enfoque intercultural, seguro y humanizado o respetuoso de los derechos humanos, es la de incorporar actitudes de respeto con la mujer, el recién nacido y su familia, eliminando barreras culturales, promoviendo el acompañamiento psicoafectivo durante el trabajo de parto y el apego piel a piel inmediato al nacimiento, procurando la comodidad y disminuir la medicalización del parto en la medida de lo posible, además de ofrecer la atención

¹⁷⁰ Op. Cit. Declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF “Parteras tradicionales”, página 18.

¹⁷¹ El programa y las estrategias de salud intercultural se sustentan en el marco legal mexicano y el reconocimiento de los derechos: sexuales y reproductivos; de las mujeres; de la infancia y la adolescencia; y de los Pueblos indígenas.

¹⁷² Información extraída de la presentación: “Modelo de atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, con perspectiva de género”. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.

con diferente personal como enfermeras obstetras y parteras tradicionales.

Estados de la República en los que se ha implementado el “*Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro*”

Estado	Hospital
<i>Baja California</i>	Hospital “Vicente Guerrero”
<i>Campeche</i>	Hospital Escárcega
<i>Colima</i>	Hospital General
<i>Chihuahua</i>	Hospital General de Parral, Hospital Guadalupe y Calvo, y Hospital Guachochi.
<i>Durango</i>	Hospital integral de la Guajolota*.
<i>Ciudad de México</i>	Hospital del Ajusco Medio y Hospital Nacional de la Mujer.
<i>Estado de México</i>	H. COFAS de Temascalcingo y Hospital de Jilotepec.
<i>Hidalgo</i>	H. General de Tula*, Hospital Regional Otomi Tepehua y Hospital Obstétrico de Pachuca.

Con la finalidad de conocer y comprender la forma en que este modelo opera, médicos y Visitadores Adjuntos de esta Comisión Nacional llevaron a cabo un trabajo de campo los días 28 y 29 de abril de 2016, en las instalaciones del Hospital General de

Tula, Hidalgo; sitio en el que fueron atendidos por los médicos encargados de implementar esta forma de atención al parto.

- 208 Durante la visita los funcionarios de este Organismo Autónomo, asistieron a un curso sobre parto humanizado y “antiviolenia”, impartido por el Dr. Marco Antonio Ortega Sánchez (Ginecólogo), en el que se habló sobre la “deshumanización en el desempeño médico” y se destacó la necesidad de un cambio de paradigma en la práctica médica, el cual debe darse desde la forma en que se trata al estudiante en las escuelas y facultades de medicina.
209. También se expuso el método de la atención psicoprofiláctica perinatal, el cual es “una herramienta que recupera los mecanismos fisiológicos del parto, así como los elementos de carácter psico emocional cultural, para brindar una atención de alta calidad técnica y humana, que posibilita un parto eficaz, digno, gozoso y pocas molestias”¹⁷³. En el curso se explicó que el parto humanizado es una labor que involucra la medicina científica, la tradicional y la perspectiva de género.
210. En opinión de los expertos en medicina de este Organismo Constitucional, este modelo de atención a la mujer embarazada es multidisciplinario, ya que engloba al personal médico (Gineco-Obstetra y enfermera), psicólogos, parteras de las diferentes comunidades, terapeutas físicas, entre otros, con el objetivo de brindar a la paciente una atención humanizada, para que el trabajo de parto no sea una cuestión de dolor y sufrimiento, sino de un momento tranquilo y de bienestar tanto para la madre como para su pareja, toda vez que con este tipo de parto se involucra de manera directa a las parejas, lo que antes no sucedía.
211. En esta técnica, la gestante recibe acompañamiento psicoemocional de una persona que además de brindar apoyo afectivo, “identifica signos de la salud materna y fetal, ayuda a la respiración y relajamiento, incorpora algunas técnicas desmedicalizadas para disminución del dolor (masaje y puntos de presión) y está pendiente de cualquier alteración del trabajo de parto, comunicándola de forma inmediata al personal médico especializado. Puede ser brindado por personal de salud (en formación, “doulas” y parteras profesionales), parteras tradicionales, personal voluntario (madrinas obstétricas) y familiares

¹⁷³ Información extraída de la presentación: “Atención psicoprofiláctica perinatal”, realizada por la LEO. Obdulia Alcántara de Jesús, durante el curso sobre parto humanizado que tuvo lugar los días 28 y 29 de abril de 2016 en el Hospital General de Tula, Hidalgo.

Conclusiones de esta Comisión Nacional.

- 212** Del análisis de las 28 Recomendaciones publicadas por este Organismo Nacional durante el periodo 2015, 2016 y 2017, es posible formular las siguientes conclusiones:
- 213** Se observaron casos en los que se incumplió con la normatividad sobre el expediente clínico. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3- 2012 “Del expediente clínico”, es una circunstancia que puede llegar a afectar a la víctima de violencia obstétrica porque le impide conocer la verdad del estado clínico o verificar la atención otorgada. Este Organismo Constitucional ha determinado en diversas recomendaciones que las omisiones en la integración del expediente, afectaron de manera directa al estado materno-fetal, toda vez que en ocasiones se trataba de embarazos de alto riesgo, respecto de los cuales no se puede saber si fueron atendidos de manera adecuada.
- 214** Existen algunos hospitales que no cuentan con recursos humanos y materiales necesarios para que el personal de salud efectúe su trabajo. Para esta Comisión Nacional, la falta de estos recursos técnicos y humanos en algunos hospitales constituye un obstáculo para la adecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, con lo cual el Estado incumple con la obligación de poner a disposición de toda la población los medios necesarios para que pueda ejercer su derecho a la salud, lo que implica la existencia de responsabilidad institucional.
- 215** En las Recomendaciones analizadas en la presente, se constató la ausencia de una atención gineco-obstétrica oportuna, esto debido a la escasez de médicos de base en turno para atender las emergencias o cubrir guardias, o suplir al personal; todo lo cual constituyó también responsabilidad institucional. Por lo anterior, este Organismo Constitucional exhorta a las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, para que realicen los esfuerzos necesarios con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud de conformidad con lo previsto en los estándares nacionales e internacionales en la materia, procurando que la atención médica sea otorgada por profesionales de la salud y para el caso de

intervención de médicos residentes, pasantes o prestadores de servicio social, deberán estar supervisados por un superior.

- 216** Este Organismo Autónomo nota con preocupación que, en ocasiones, la falta de anestesiólogos y enfermeros, así como de personal médico de base (obstetras), provoca que algunos tengan que doblar turno, lo que puede ocasionar el cansancio del personal, que puede impactar en la atención médica. Del mismo modo, da lugar a que médicos residentes, efectúen sus labores sin la supervisión de un superior. En algunas Recomendaciones, la atención obstétrica fue brindada por médicos en proceso de formación, situación que favoreció los actos constitutivos de violencia obstétrica; trasgrediendo lo previsto por la OMS y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en cuanto a que la disponibilidad implica que en los centros de salud no puede faltar personal médico y capacitado.
- 217.** Ante tales obstáculos, este Organismo Constitucional considera que las instituciones a las cuales se dirige la presente Recomendación, en uso del máximo de sus recursos disponibles, empleen herramientas tecnológicas que favorezcan la comunicación entre especialistas y los prestadores de servicios de salud que laboran en los hospitales, clínicas y centros médicos localizados en zonas rurales o de difícil acceso; con la finalidad de facilitar el intercambio de opiniones e ideas, en beneficio de la atención obstétrica de las mujeres embarazadas¹⁷⁴.
- 218** Para la Comisión Nacional es indispensable que las citadas instituciones de salud, realicen un diagnóstico o análisis para detectar las necesidades materiales, de infraestructura y de personal que se requieren para satisfacer las demandas obstétricas de la población objetivo, con calidad y calidez. El referido diagnóstico se podrá hacer del conocimiento de las autoridades legislativas para que doten de los recursos necesarios para solucionar las limitantes que enfrenta el sector salud.
- 219.** En síntesis, el análisis realizado a los diversos casos, permite llegar a la conclusión sobre los derechos humanos y las prácticas que frecuentemente los transgreden, señalando de manera enunciativa más no limitativa los siguientes:

¹⁷⁴ Al respecto, existen Estados en los que se han implementado programas para promover la “telemedicina” o “telesalud”, a fin de favorecer el acceso a la atención médica, siendo estos: Nuevo León, Sonora, Guerrero y Oaxaca.

Fuente: Secretaría de Salud (SS). Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). “Colección Telesalud: 4 Experiencias de Telemedicina en México”. Ciudad de México, 2013.

Derecho humano que afecta	Conductas y prácticas que constituyen violencia obstétrica
<i>Derecho a una vida libre de violencia</i>	La agresión verbal, la degradación, crueldad y maltrato, son prácticas que deshumanizan y constituyen una forma de trato cruel e inhumano, además de ser reflejo de los prejuicios acerca de la sexualidad de la mujer; las actitudes groseras y despectivas por parte de los servidores públicos, son cometidos de manera cotidiana en el marco de la práctica gineco-obstétrica, siendo las más frecuentes las críticas a la mujer por llorar o gritar durante el parto; impedirle hacer preguntas o manifestar sus miedos e inquietudes; burlarse, hacer comentarios irónicos y descalificarla; negarle la anestesia cuando está indicada y obstaculizar el apego precoz en ausencia de indicación médica.
<i>Derecho a la protección de la salud</i>	Subestimar las manifestaciones de dolor hechas por la paciente, la realización de maniobras de manera rutinaria sin estimar el caso en particular, la falta de supervisión de los residentes por los médicos de base, la mala infraestructura y equipamiento del hospital y el abuso de medicalización sin considerar los efectos que esto podría acarrear a la mujer o al producto de la gestación.
<i>Derecho a la información y al libre consentimiento informado</i>	Brindar información incompleta o sesgada sobre el estado de salud del paciente, no hacer de conocimiento de su estado de gravedad, o dándose el caso, el motivo de su deceso; realizar prácticas sin consultar previamente a la paciente, explicando en forma detallada el procedimiento a efectuar; no dar la información necesaria sobre los riesgos de salud.

<i>Derecho a la libertad y autonomía reproductiva</i>	No respetar la forma en que la gestante decide dar a luz, los procesos naturales del parto, acelerarlo mediante la aplicación de oxitocina, o realizar ruptura de membranas de manera artificial cuando no es necesario; del mismo modo se afecta el derecho a decidir libremente el método de planificación familiar y el número de hijos y espaciamiento entre ellos cuando se impone un método anticonceptivo distinto al elegido por la gestante, sin tener en cuenta el consentimiento de la interesada.
<i>Derecho a la igualdad y no discriminación</i>	Prácticas discriminatorias en contra de las mujeres por su origen y condición social, cuando el personal médico del nosocomio omite considerar las circunstancias particulares de la gestante, falta de intérpretes y traductores, ausencia de perspectiva intercultural.
<i>Derecho a la integridad personal</i>	Aplicación de episiotomías innecesarias, cesáreas que no están médicamente indicadas y la salpingoclasia (procedimiento quirúrgico para inhibir el embarazo), entre otros; prácticas que son invasivas y pueden causar un daño físico, siempre que en las mismas no medie solicitud expresa de la paciente y sean médicamente viables.

- 220 La finalidad de visibilizar el trato que en ocasiones reciben las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, no es con el objeto de criminalizar ni estigmatizar la labor médica, el objeto de la presente Recomendación General, es contribuir a que las autoridades de salud identifiquen y combatan aquellas violaciones a derechos humanos de las mujeres en ocasión de la atención obstétrica, ya que *“para transformar esta realidad, se requiere de investigación que ayude a conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan el tipo de percepciones que tienen los prestadores de servicios acerca de las mujeres en el trabajo de parto, de salud y de los derechos reproductivos”*¹⁷⁵.
- 221 Este Organismo Nacional reconoce el esfuerzo de las instituciones de salud y del personal que atiende a las mujeres embarazadas, y tiene en cuenta el profesionalismo que demuestran en la mayoría de los casos, así como el volumen de servicios que prestan; sin embargo, es necesario hacer un análisis y algunas reflexiones, después de los casos que se han presentado en esta Comisión Nacional y en las Comisiones, Procuradurías y Defensorías Estatales, con la finalidad de contribuir, para que se asuman y adopten políticas públicas que garanticen el derecho a la salud durante la etapa reproductiva de las mujeres. Por lo antes expuesto, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula, respetuosamente, a ustedes señora y señores Secretarios de Salud, de la Defensa Nacional y de Marina; Gobernadora y Gobernadores de las Entidades Federativas; Jefe de Gobierno de la Ciudad de México, y Directores Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de Petróleos Mexicanos, las siguientes:

II RECOMENDACIONES GENERALES.

PRIMERA. Que se diseñe y ponga en práctica una política pública de prevención de violaciones a los derechos humanos de las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, centrada en el reconocimiento de la mujer como protagonista, en la relación materno-fetal, que atienda a las perspectivas de derechos humanos y género, constituida por acciones de capacitación y sensibilización continua al personal de salud que presta sus servicios en la atención gineco-obstétrica, para contrarrestar prejuicios basados en la discriminación de las mujeres y para el cumplimiento de las Normas Oficiales

Mexicanas; así como de información a las mujeres usuarias sobre sus derechos y cómo ejercerlos.

SEGUNDA. Que se asuman los acuerdos necesarios, sobre requerimientos técnicos, humanos y para que se programe el presupuesto necesario, entre otros, que permitan ampliar y mejorar la infraestructura hospitalaria en la que se atiende a las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, con prioridad en zonas alejadas y de marginación social. Al respecto, es necesario que en los establecimientos en que se presten servicios de salud gineco obstétricos y, principalmente en el área de urgencias, cuenten con médicos que atiendan en la forma adecuada a quienes solicitan el servicio.

TERCERA. Que se implemente el *“Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro”* de la Secretaría de Salud, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a fin de garantizar la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil, la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género.

CUARTA. Implementar en las instituciones de salud a su cargo, una campaña de promoción de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres, durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

QUINTA. Implementar eficazmente las políticas públicas ya previstas en el orden jurídico nacional, relacionadas con la partería tradicional en México y adoptar las medidas necesarias para fortalecer el proceso de vinculación de las parteras y parteros tradicionales al Sistema Nacional de Salud, creando un entorno jurídico e institucional que propicie el respeto y el ejercicio de dicha actividad, mediante el reconocimiento y la promoción de las aportaciones, práctica y desarrollo de la medicina tradicional indígena en condiciones adecuadas y garantizando que la capacitación técnica que reciban sea periódica, actualizada y además tome en cuenta sus usos y costumbres. Señalando de manera enunciativa más no limitativa, las siguientes medidas: Asegurar el acceso y destinar espacios adecuados en los hospitales para que las parteras y parteros tradicionales puedan asistir y brindar acompañamiento a las mujeres embarazadas; impartir cursos y/o talleres y desarrollar campañas de sensibilización dirigidos al personal médico que labora dentro de Sistema Nacional de Salud sobre la importancia y el respeto de la partería tradicional;

¹⁷⁵ Castro, Roberto. Erviti, Joaquina. *“25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”*. En Revista CONAMED, vol. 19, núm 1, enero-marzo 2014, ISSN 1405-6704, págs. 37-42.

proveer a las parteras y parteros tradicionales de los instrumentos necesarios para prestar sus servicios en condiciones idóneas (distribución de suministros, maletines obstétricos o sencillos estuches desechables para asegurar las buenas condiciones higiénicas de los partos, organización de sistemas de transporte para trasladar los embarazos patológicos, mejoramiento del procedimiento de envío de casos); asegurar que el material que se les facilite durante su capacitación sea culturalmente adecuado e implementar los mecanismos para la sistematización de los resultados y beneficios del ejercicio de la partería.

SEXTA. Se adopte lo necesario para asegurar, que en las distintas actividades que se realicen con motivo del desarrollo académico de médicos y/o especialistas, tales como congresos, simposios, foros, seminarios, coloquios, cursos, talleres, entre otras, se integre el estudio de la violencia obstétrica, tomando en cuenta el análisis realizado por esta Comisión Nacional en la presente Recomendación General.

222. La presente Recomendación es de carácter general, de acuerdo con lo previsto en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción VIII, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 140, de su Reglamento Interno, fue aprobada por el Consejo Consultivo de esta Comisión Nacional en su sesión ordinaria 358 de fecha 10 de julio de 2017; tiene el carácter de pública y se emite con el propósito de que se promuevan los cambios y modificaciones de disposiciones normativas y prácticas administrativas que constituyan o propicien violaciones a los derechos humanos.
223. Con base en el mismo fundamento jurídico se informa a ustedes que las Recomendaciones Generales no requieren de aceptación por parte de las instancias destinatarias.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ

La violencia obstétrica en el marco normativo¹⁷⁶

Para cerrar este capítulo sobre Violencia Obstétrica, se presenta una actualización del marco normativo en la materia, a partir del monitoreo legislativo que realiza la CNDH como parte de sus tareas de observancia de la política nacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres. La violencia obstétrica se aborda tanto en las leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, como en los códigos penales. A continuación, se enlistan las entidades que prevén esta modalidad de violencia.

La violencia obstétrica se prevé **como modalidad de violencia** en **las leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia** en 28 entidades federativas:

Entidades que prevén la violencia obstétrica en las leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia		
1. Aguascalientes	11. Estado de México	20. Quintana Roo
2. Baja California	12. Guanajuato	21. San Luis Potosí
3. Baja California Sur	13. Hidalgo	22. Sinaloa
4. Campeche	14. Morelos	23. Sonora
5. Chiapas	15. Nayarit	24. Tamaulipas
6. Chihuahua	16. Nuevo León	25. Tlaxcala
7. Ciudad de México	17. Oaxaca	26. Veracruz
8. Coahuila	18. Puebla	27. Yucatán
9. Colima	19. Querétaro	28. Zacatecas
10. Durango		

Cabe destacar que actualmente la violencia obstétrica **no está prevista a nivel federal** en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

¹⁷⁶ Monitoreo legislativo del Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres con fecha de corte al 4 de diciembre de 2019.

CAPITULO V

UNA AGENDA MÍNIMA

Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica y en su Defensa como un Derecho Cultural.

Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres.
Cuarta Visitaduría General. CNDH

Asimismo, no la prevén cuatro entidades federativas en sus correspondientes leyes:

Entidades que NO prevén la violencia obstétrica en las leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia
1. Guerrero
2. Jalisco
3. Michoacán
4. Tabasco

Respecto a la dimensión penal del a violencia obstétrica, destaca que **las entidades donde se ha tipificado como delito la violencia obstétrica** son seis: Chiapas, Estado de México, Guerrero, Veracruz, Quintana Roo y Yucatán. La pena mínima prevista para el delito de violencia obstétrica es de seis meses, y la máxima de ocho. Dichas penas varían en función del código penal de cada entidad federativa que ya incorpora este delito.

Adicional a lo anterior, la recomendación de la CNDH señala que en el artículo 4º Constitucional contiene el derecho de todas las personas a la protección de su salud, estableciendo que: “[t]oda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”. Asimismo, refiere a que en la Ley General de Salud en varios de sus artículos, hace referencia al derecho de los usuarios a obtener prestaciones de salud oportunas y con calidad idónea, y a recibir atención profesional, respetuosa, digna y éticamente responsable por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares; de igual forma dispone que la atención materno-fetal tiene carácter prioritario y deberá brindarse durante el embarazo, el parto y el puerperio; atención que ante una emergencia obstétrica, deberá ser otorgada con respeto a la dignidad de las personas. (Cf. RECOMENDACIÓN GENERAL No. 31/2017, p. 22).

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2016), el 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron un parto, sufrió algún tipo de maltrato; 3.7 millones (42.8%), reportó que el nacimiento de su último hijo/a fue por cesárea, un porcentaje muy elevado si se considera que la Organización Mundial de la Salud considera como aceptable una tasa de entre el 10% y el 15%. La violencia obstétrica también se refleja en el número de recomendaciones que ha emitido la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y que solo en el 2018, representaron más del 16% del total de sus recomendaciones emitidas. Frente a esta problemática, es necesario revalorar a la partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica, reconociendo el papel que históricamente han tenido las parteras en sus comunidades.

Como se ha hecho mención en los diferentes capítulos de esta publicación, la partería tradicional es una práctica de origen ancestral, ejercida principalmente por mujeres que han conservado saberes y conocimientos que forman sistemas integrales de atención al embarazo, parto y puerperio, en estrecha relación con sus cosmologías y rituales. Estos sistemas abarcan conocimientos sobre el efecto terapéutico de plantas y otros recursos naturales, además de incluir técnicas corporales eficaces para el buen desarrollo del embarazo, parto y posparto e incorporar actos rituales que fortalecen la identidad comunitaria.

Desde la época prehispánica hasta nuestros días, las parteras han tenido un papel muy importante para la salud, el cuidado y el acompañamiento de las madres y los recién nacidos, han sido consejeras de los futuros padres y orientadoras en asuntos familiares. Por ser mujeres de conocimiento, sus prácticas han generado el bien común y han ayudado con ello a la vida comunitaria.

Uno de los objetivos de libro electrónico es recuperar y fortalecer la autonomía de las parteras y ayudar a las mujeres a recuperar la autonomía sobre su cuerpo y su salud, es decir, promover su derecho a decidir. Por ello para la Comisión Nacional de los Derechos Humanos es de suma importancia evidenciar la problemática que actualmente están viviendo las parteras tradicionales, en el ejercicio de su labor y recoger las diferentes propuestas emanadas de las tres ediciones del Seminario sobre Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica y en su Defensa como un Derecho Cultural. A continuación, presentamos una breve sistematización de la problemática planteada y de las propuestas formuladas por las participantes:

La problemática que enfrenta en la actualidad las parteras tradicionales y en la tradición.

Partiendo del hecho de que hasta hace tres décadas las parteras tradicionales atendían la mayor parte de los partos en las zonas rurales del país, esto ha ido cambiando paulatinamente debido a las políticas del sector salud, que les han significado diversas barreras que limitan su trabajo, algunos ejemplos son:

- ❖ Las parteras tradicionales viven cotidianamente situaciones de discriminación, invisibilización y exclusión. Se les niega como parteras el derecho a ejercer sus prácticas y preservar sus saberes.
- ❖ Se niega el reconocimiento a la partería, como una práctica segura, legítima, valiosa y que la necesidad de su práctica es más vigente que nunca.
- ❖ El impulso de un modelo de atención único al embarazo y al parto que ha dado lugar a que las parteras tradicionales pierdan presencia y reconocimiento comunitario.
- ❖ Las actuales políticas de salud, promueven que los partos sean atendidos exclusivamente en centros especializados, limitando el quehacer de la partera y, sin considerar que el sector salud no cuenta con la infraestructura hospitalaria ni los recursos humanos suficientes para satisfacer la demanda de servicios, sobre todo en zonas rurales e indígenas.
- ❖ La existencia de una política social que promueve programas sociales que vulneran los derechos de las mujeres y de las parteras. Como “Prospera” que condicionó el otorgamiento de recursos, obligando a las mujeres embarazadas a asistir a las clínicas para su control y al hospital para su parto, para poder

recibir el apoyo económico. Esto viola el derecho humano de las mujeres a decidir dónde y con quién parir y, que niegan la importancia que tienen las parteras tradicionales en la comunidad.

- ❖ El entorpecimiento o la negación de los registros de nacimiento de los recién nacidos que las parteras tradicionales emiten, lo que transgrede el derecho humano de niñas y niños a tener su documento oficial de identidad y nacionalidad.

Agenda mínima para fortalecer la partería tradicional en el país.

Algunas de las propuestas para preservar y fortalecer la partería tradicional, son:

- ✚ Se retomen las recomendaciones específicas 22, 23 y 24 del Documento del 17° periodo de sesiones del *Foro Permanente de la ONU sobre las Cuestiones Indígenas y la Legitimación de las Parteras Indígenas* que mencionan:
 - Recomendación 22 “que el sector salud ha desconocido los conocimientos culturales y clínicos de las parteras tradicionales indígenas y sus contribuciones para el bienestar y los positivos logros en salud de las comunidades indígenas;
 - Recomendación 23 “Los pueblos indígenas tienen derecho a aplicar la autodeterminación en materia de salud reproductiva y los Estados deben eliminar la criminalización de las parteras indígenas y hacer las modificaciones legislativas y regulación necesarias para legitimar la partería indígena a través del reconocimiento de sus comunidades como proveedoras de cuidado a la salud”;
 - Recomendación 24 que refiere “que las agencias regionales y gubernamentales, incorporaran completamente una perspectiva cultural en las políticas de salud”;

- ✚ Se dé cumplimiento al numeral 42 de las *Observaciones finales sobre el Noveno Informe Periódico de México* presentado ante el *Comité para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer* (CoCEDAW) en el año 2018, relacionadas con la disminución de la muerte materna y que se incluya la colaboración de las parteras tradicionales. El CoCEDAW recomienda al Estado mexicano “e) *Reduzca la incidencia de la mortalidad materna, en particular mediante la colaboración con las parteras tradicionales y la capacitación de los profesionales sanitarios, especialmente en las zonas rurales, velando por que todos los partos cuenten con la asistencia de personal sanitario especializado, de conformidad con las metas 3.1 y 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*”;
- ✚ Se dé seguimiento al cumplimiento de la Recomendación General No 31 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- ✚ Se modifiquen los artículos 64 y 64 bis de la Ley General de Salud que impone un sistema de capacitación medicalizado; se eliminen los artículos 102 y 103 del Reglamento de la Ley en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica;
- ✚ Se modifiquen la NOM 007 sobre la Atención del Parto y la NOM 035 sobre los certificados de nacimiento;
- ✚ Se reconozca que negar el acceso de las mujeres al servicio de las parteras es una forma de violencia obstétrica y de violación a los derechos humanos;
- ✚ Se aplique el artículo 7 de la Ley General de Cultura y Derechos Culturales;
- ✚ Reconocer el lugar de la partera como autoridad ancestral en nuestros propios sistemas de salud comunitarios.
- ✚ Que las autoridades locales respalden y faciliten el acceso de los certificados de nacimiento a los bebés nacidos con partera;
- ✚ Un sistema de salud que reconozca la existencia en México de modelos diferentes de atención en salud, uno de los cuales procede de la sabiduría de la medicina ancestral mexicana.
- ✚ Una política de atención a la salud de carácter intercultural y pluricultural que propicie el ejercicio de la partería tradicional con un absoluto respeto al conjunto de conocimientos y prácticas adquiridas y preservadas a lo largo del tiempo.
- ✚ Promover el respeto al conocimiento de la partería tradicional y sus protagonistas, como parte del derecho a la identidad cultural y como un derecho a la transmisión de sus conocimientos. Aunado a ello, se reconoce el valioso papel de las parteras tradicionales como unas aliadas en la protección del derecho a la salud de las mujeres y de sus derechos sexuales y reproductivos.
- ✚ Se incluyan materias curriculares en los programas de formación de médicos y médicas, enfermeros/as, así como en la capacitación del personal de salud, relativas a derechos humanos, no discriminación, y otros modelos de salud como la Medicina Tradicional Mexicana, y Medicinas Alternativas.

CAPITULO VI ANEXOS

VOCES ORGANIZADAS PARA RESCATAR Y REIVINDICAR LA PARTERIA TRADICIONAL



PRONUNCIAMIENTO

FORO "PARTERÍA, CULTURA, ANCESTRALIDAD Y DERECHOS"

Enero 2018 Ciudad de Oaxaca, México.

Nosotras parteras tradicionales y parteras en la tradición, procedentes de 17 estados de México y de Argentina, Brasil, Colombia, Guatemala y Perú, convocadas por el deseo de tejer caminos hacia el fortalecimiento de la partería ancestral, nos reunimos en Oaxaca del 25 al 27 de enero del 2018.

Nos reconocemos como parteras guardianas de la vida, la madre tierra, la memoria ancestral, las tradiciones de nuestros pueblos. Procedemos de culturas indígenas y no indígenas, estamos en selvas, montañas, costas y ciudades a lo largo y ancho del planeta. Honramos a nuestras ancestas y ancestros, maestros y guías, transmitiendo nuestros conocimientos de generación en generación.

Con nuestro conocimiento, amor, paciencia, perseverancia, intuición y humildad, cuidamos y acompañamos el momento del nacimiento reconociéndolo como un momento profundo y espiritual; confiamos en la sabiduría del cuerpo de las mujeres y sus bebés, así como en la fuerza de la madre tierra y por este motivo nos valemos de sus elementos para sostener el equilibrio y servir a la vida y sus ciclos.

Alertamos sobre los riesgos de desaparición de este saber milenario, ya que identificamos el despojo de los saberes tradicionales. Estamos ante un escenario en que se apuesta por la desaparición de la partería a través de múltiples formas de persecución y amenaza, así como la instauración de una cultura del miedo que promueve la idea de que el parto es un evento peligroso y en donde se han impuesto mecanismos de regulación sobre las formas de nacer, violando de manera sistemática derechos colectivos y culturales de los pueblos.

Nos encontramos ante discursos institucionales y programas que ejercen control y violencia sobre los cuerpos de las mujeres, negando su derecho a decidir cómo, dónde y con quién parir; incluso se les condiciona su acceso a programas sociales, orillándolas a la atención institucional, bajo la amenaza de

perder tales apoyos. También se viola el derecho fundamental de los niños y niñas a la identidad cuando se impide la expedición de certificados de nacimiento en los partos atendidos por parteras.

Nos es negado como parteras el derecho a ejercer nuestras prácticas y preservar nuestros saberes. Vivimos cotidianamente situaciones de discriminación, invisibilización y exclusión. Asimismo, se pretende descalificar la legitimidad de las formas y procesos mediante los cuales transmitimos nuestros saberes a las siguientes generaciones de parteras.

Son claras las graves consecuencias de décadas de políticas públicas que perpetúan dinámicas de subordinación, control y cooptación de la partería tradicional. Se han impuesto prácticas medicalizadas que desvalorizan nuestros saberes y minimizan el papel de las parteras y su lugar en la comunidad. Se ha promovido alrededor de la partería tradicional y en la tradición, la idea de que es una práctica insegura. Esto ha orillado a muchas parteras a adaptarse a las exigencias de las instituciones, a vivir en la sombra o incluso a dejar de ser lo que son. Se niega de este modo, que la partería es segura, legítima, valiosa y que la necesidad de su práctica es más vigente que nunca.

En este encuentro de corazones, hilando juntas:

Nos manifestamos de manera contundente por la preservación, fortalecimiento y ejercicio de la partería tradicional y en la tradición, así como su visibilización, valorización, respeto y protección.

Elegimos retomar el lugar protagónico que nos corresponde dejando en el pasado los papeles subordinados en que las instituciones de gobierno pretendieron relegarnos. Las parteras somos actoras autónomas, nuestros saberes son legítimos y verdaderos. Sabemos cuáles son nuestros ámbitos de acción y reconocemos los límites de nuestra práctica.

Promovemos el mejoramiento de nuestras condiciones de vida y el cuidado integral de nuestro ser para estar más plenamente al servicio. Nos comprometemos a continuar transmitiendo estos saberes de generación en generación, de abuelas a nietas, de maestras a aprendices, quienes han recibido el llamado de ponerse al servicio de la vida, e invitamos a otras abuelas y jóvenes a sumarse a esta iniciativa. Seguiremos nutriendo los espacios de diálogo,

aprendizaje mutuo, crecimiento y reconocimiento entre las abuelas y las nuevas generaciones de parteras.

Recuperamos el lugar fundamental de la partera en los tejidos comunitarios como un acto político y una tarea colectiva en la lucha contra el despojo. La apuesta es por la vida, el territorio, la autonomía. Cuidar la forma de nacer implica defender el vínculo sagrado que nos hace una con la tierra.

Llamamos a las mujeres, familias y comunidades a sumarse a la defensa de la partería, a exigir de manera categórica su derecho de elegir las maneras de parir y nacer.

Convocamos a las organizaciones sociales, a la academia, a las instituciones, organismos de derechos humanos, pueblos y comunidades, a difundir sus hallazgos, construir argumentos y denunciar los riesgos que afronta la partería tradicional. También los llamamos a hacer parte de una amplia alianza, acompañando nuestra lucha y caminar en la preservación de los saberes tradicionales.

Reconocemos que la partería tradicional y en la tradición, al proteger la continuidad de la vida y las comunidades, debe ser planteada desde la defensa integral de los derechos humanos; entre estos los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales; Derechos de las Mujeres, Derechos de los Niños y Niñas; y Derechos de los Pueblos Indígenas.

Llamamos a las instancias garantes de derechos humanos a pronunciarse sobre las múltiples violaciones hacia el saber y práctica de la partería tradicional, en relación con los marcos constitucionales e internacionales que pretenden protegerla y realicen recomendaciones a las instituciones correspondientes.

Defendemos el derecho fundamental a la identidad de los niños y las niñas, por ello exigimos a las autoridades sanitarias garantizar que cada bebé que llega a este mundo, reciba el certificado de nacimiento de forma expedita independientemente de su lugar de nacimiento y de quién brinde la atención. Apelando a la profunda espiritualidad que nos legaron nuestras ancestas y ancestros, nos comprometemos y nos lanzamos con entusiasmo, alegría, dignidad y fuerza a conformar el Consejo de Abuelas Parteras Guardianas del Saber Ancestral, inicialmente un grupo impulsor.

Correo electrónico de contacto: abuelasparteras@gmail.com

Firmamos

- ❖ Consejo de Abuelas Parteras Guardianas del Saber Ancestral de México
- ❖ Consejo de Abuelas Parteras Guardianas del Saber Ancestral de las Américas
- ❖ Nueve Lunas S.C., Oaxaca
- ❖ Kinal Antzetik Distrito Federal A.C.
- ❖ CAMI “Nellys Palomo Sánchez”, San Luis Acatlán, Guerrero
- ❖ Manos Unidas, Guerrero
- ❖ Movimiento Nacional de Comadronas *Nim Alaxik Mayab’*, Sabiduría Ancestral Maya, Guatemala
- ❖ Cais do Parto, Brasil
- ❖ Escuela de Saberes, Cultura y Tradiciones Ancestrales (E.S.C.T.A), Brasil
- ❖ Escuela de Saberes, Cultura y Tradiciones Ancestrales (E.S.C.T.A), Colombia
- ❖ Awaike, Argentina

PRONUNCIAMIENTO DE ENCUENTRO DE PARTERAS DE OAXACA

“FORTALECIENDO NUESTRO CAMINO”

I al 3 de abril 2019

Como seguimiento a los foros nacionales e internacionales realizados el año pasado I, las parteras tradicionales y en la tradición del estado de Oaxaca, nos reunimos del I al 3 de abril en un encuentro estatal para recordar de dónde venimos y decidir hacia dónde vamos.

I Foro “Partería, Cultura, Ancestralidad y Derechos” realizado en enero 2018 Ciudad de Oaxaca, México y el Encuentro sobre la Partería, Ancestralidad y Derechos realizado en Oaxaca del I4 al I6 de noviembre de 2018.

Nosotras somos parteras tradicionales y en la tradición provenientes de la Sierra Norte, la Mixteca, la Sierra Mixe, los Valles Centrales, el Istmo y la Costa.

Las parteras hemos visto nacer generación tras generación, dando la bienvenida a los nuevos integrantes de nuestras comunidades, transmitiendo las primeras señales de la identidad a los hijos e hijas de cada pueblo y comunidad. Hemos sido guardianas de los saberes de las mujeres y de la naturaleza, de los ciclos de la luna y la tierra, de lo sagrado del embarazo, parto y cuarentena, de la sexualidad y el cuidado del cuerpo, de las ancestras que siempre nos guían con su espíritu.

Nuestra labor se relaciona con dos derechos fundamentales: el derecho humano de las mujeres a elegir dónde y con quién parir y el derecho cultural de cada grupo humano a elegir la forma de recibir a sus nuevos integrantes. Buscamos recuperar y fortalecer nuestra autonomía como parteras y ayudar a las mujeres a recuperar la autonomía sobre su cuerpo y su salud.

Nos debemos a nuestra comunidad y a la defensa de la autodeterminación de los pueblos. Nuestra lucha por la permanencia y continuidad de la partería es parte de una lucha más amplia por las aguas, los bosques, las montañas, los territorios y por el cuidado de la vida toda.

El parto y nacimiento, pasó de ser entendido como un momento saludable regido por la naturaleza a ser visto y tratado como una enfermedad con la creencia de que tenía que ser controlada por el sistema médico. La desaparición intencionada de la partería forma parte del despojo de la naturaleza y de los territorios; entonces, las mujeres empezaron a ser acostadas para parir y las parteras tradicionales a ser perseguidas.

En los últimos años esto ha sido mucho más rápido a través de varios caminos:

- Hacer creer que el parto es una enfermedad y un evento peligroso.
- La certificación profesional que le quita validez a la transmisión de saberes de forma oral, en círculos o de partera madrina a partera aprendiz.
- La asociación que se ha hecho entre la atención del parto en hospitales y reducción de la muerte materna. Es un hecho que la mortalidad materna en México, en este momento ocurre mayoritariamente en las instituciones de salud. Eliminar la partería no es una forma de reducirla.
- La amenaza de quitar a las mujeres que se atienden con nosotras, los programas de asistencia social, que han tomado distintos nombres dependiendo del gobierno en turno.
- La reducción y subordinación de las parteras a informantes de las instituciones de salud.
- La amenaza de no recibir a las mujeres en los servicios de salud o el maltrato que reciben si han sido previamente atendidas por partera.
- La negación a darnos los certificados de nacimiento para que las familias puedan registrar a sus bebés recién nacidos.
- La prohibición, de hecho, aunque no de ley, a usar nuestras plantas medicinales y las herramientas que siempre ocupamos como el rebozo y el temazcal, mientras en otros países están usando estos conocimientos y ni siquiera reconocen de dónde vienen.
- La presión sobre nuestras autoridades municipales para que ya no atendamos partos y mandemos a todas las mujeres al centro de salud.
- Los cursos institucionales de la llamada “capacitación” con una visión médica que no entiende ni reconoce la sabiduría de nuestra partería, cursos en los que nos dicen que lo que sabemos no tiene valor y nos enseñan a usar medicamentos que se ha demostrado que son peligrosos.

Nuestras ancestas están muy tristes ante esta situación y nosotras como sus herederas tenemos la obligación de honrar su camino y su herencia. Ya no es tiempo de estar calladas, ni de que nos sigan controlando o amenazando. Tenemos memoria y dignidad.

Llamamos a las parteras que confían en la tradición a:

- Vencer el miedo, confiar en la sabiduría que nos ha sido entregada y comprometernos en su fortalecimiento, recuperación y transmisión a las nuevas generaciones.

Llamamos a las instituciones municipales, estatales y nacionales para que escuchen nuestra palabra y apoyen nuestras propuestas que son:

1. Reconocer la labor de las parteras y la validez de los sistemas comunitarios de salud donde con autonomía podemos recibir a los nuestros dentro de nuestra cultura y con seguridad.
2. Defender el derecho humano a la identidad de los bebés que recibimos o que nacen fuera del sistema de salud y por lo tanto a su acceso total al certificado de nacimiento. Garantizar que los avisos de alumbramiento expedidos por las parteras sean suficientes para que las familias tramiten el certificado evitando que las mujeres que paren en casa se vean forzadas a ir a los Centros de Salud a hacer el trámite. El tema de los Certificados de Nacimiento es uno de los principales obstáculos para la atención de parto por parteras.
3. Parar la expropiación de conocimientos y la exigencia de encasillar en modelos académicos institucionales saberes ancestrales basados en la espiritualidad y ritualidad.
4. Suspender inmediatamente los condicionamientos y presiones, por medio de los programas sociales hacia las mujeres que quieren atenderse con una partera.
5. No tratarnos como subordinadas y parar la presión para entregar informes a la Secretaría de Salud sobre nuestra labor.
6. Garantizar el derecho de las mujeres a parir en su hogar. Trabajar en el espacio hospitalario desarraiga y desvirtúa nuestra labor.
7. Se elimine el proceso de certificación y capacitación basado en el modelo médico institucional y se modifiquen las leyes para el reconocimiento de las parteras tradicionales.
8. Se diseñe una estrategia nacional para proteger, fortalecer y revitalizar a la partería tradicional y en la tradición como un derecho cultural establecido en el artículo segundo constitucional; y se generen las condiciones para su existencia legal, práctica, abierta y autónoma.
9. A nivel legal y normativo:
 - se retomen las recomendaciones específicas 22 y 24 del documento del 17º periodo de sesiones del Foro Permanente de la ONU sobre las Cuestiones Indígenas y la legitimación de las parteras indígenas;
 - se aplique el artículo 7 de la Ley General de Cultura y Derechos Culturales;
 - se modifiquen los artículos 64 y 64 bis de la Ley general de salud que impone un sistema de capacitación medicalizado;
 - se eliminen los artículos 102 y 103 del reglamento de la Ley en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica;
 - se modifiquen la NOM 007 sobre la atención del parto y la NOM 035 sobre los certificados de nacimiento;

- se incluya la Violencia Obstétrica en las leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Oaxaca y Federal.
- se reconozca que negar el acceso de las mujeres al servicio de las parteras es una forma de violencia obstétrica y de violación a los derechos humanos.
- se aplique plenamente la Ley de Medicina Tradicional del Estado de Oaxaca de 2001.

Llamamos a las comunidades:

- Reconocer el lugar de la partera como autoridad ancestral en nuestros propios sistemas de salud comunitarios.
- Que las autoridades locales respalden y faciliten el acceso de los certificados de nacimiento a los bebés nacidos con partera.

Hacemos una invitación a todos los que lean o escuchen este pronunciamiento a que reflexionen sobre su propio nacimiento y recuerden como vinieron al mundo sus antepasados.

Oaxaca, 3 de abril 2019

Firmamos

Las participantes de este encuentro

- Concejo de Abuelas Parteras Guardianas del Saber Ancestral – México
- Red de Parteras de Chiapas *Nich Ixim*
- Nueve Lunas S.C.
- Kinal Antzetik D.F. A.C.
- Organización *Ikoods Mondüy Moniün Andeow S.* de S.S Medicina Tradicional.

Agenda por la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional en México

NOSOTRAS Parteras tradicionales de la ciudad y el campo, Parteras Tradicionales Mestizas y Parteras Tradicionales Indígenas de los Pueblos Amuzgo, Ikoots, Maya, Mixteco, Nahuatl, Tseltal, Tojolabal, Tlapaneco, Tsotsil, Zapoteco y Zoque, y provenientes de los estados de Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Yucatán; Nosotras Integrantes de organizaciones, redes de parteras de Casas de las Mujeres Indígenas que trabajan con parteras, convocadas a la Reunión Nacional: “Partería Tradicional y Salud Materna. Propuestas para la agenda social y política”, por parte de las organizaciones de la sociedad civil aliadas: FOCA A.C., GPA y Kinal Antzetik D.F., nos reunimos en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, los días 25 y 26 de junio 2019, contando también con la presencia de las mujeres indígenas organizadas de este país: la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (CONAMI), la Asamblea Nacional Política de Mujeres Indígenas (ANPMI) y la Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México (AMICAM).

NOSOTRAS nos unimos en torno a la partería tradicional, auto-reconociéndonos en nuestra identidad como parteras tradicionales, sabiendo que existen diversos caminos que nos conducen a serlo, por revelarse en nuestros sueños, porque nos lo han heredado de más atrás, porque lo vivimos como un don o porque lo hemos aprendido. Estamos unidas en torno a la partería tradicional, ya que nuestros saberes y prácticas están enfocados a la protección de la vida; a ofrecer un cuidado integral con base en el respeto en las mujeres y bebés; a respetar el derecho de las mujeres a decidir cómo quieren que sea atendido su parto, donde y con quien; al uso de las medicinas tradicionales; a conectar con la madre tierra y la dimensión espiritual de los seres humanos; a crear comunidad y defender los territorios; a reivindicar el origen del saber de la partería tradicional; a proteger los saberes tradicionales, y especialmente, a honrar la gran herencia de nuestras ancestras y ancestros.

DESPUÉS de reconocer quienes somos, después de escuchar nuestros pasajes sobre lo que vivimos en el ejercicio de nuestros saberes y prácticas, después de compartir nuestras voces y reconocer el sentir de lo que guarda casa una en su corazón, después de expresar el pensar a profundidad, con mucha determinación y sin miedo a las diferencias sobre las perspectivas de nuestras realidades, y después de identificar aquellos aspectos que tenemos en común y nos unen en la afortunada labor de acompañar a las madres en el proceso de dar vida en las comunidades y rincones de este país; hemos llegado a la conclusión de que no podemos seguir siendo espectadoras

del gran exterminio al que nos ha sometido, que se viene acelerado en las últimas dos décadas. No queremos ser cómplices de quienes, por diversos intereses, pretenden ignorar nuestros valiosos aportes a la preservación de la vida.

Por lo anterior. Hemos decidido elevar nuestras voces para Defender y Promover la Partería Tradicional en México, para lo cual:

EXIGIMOS AL ESTADO MEXICANO

1. El reconocimiento de la partería tradicional como formas de atención del embarazo, parto y puerperio culturalmente respetuosas, no violentas y seguras para las mujeres y los recién nacidos.
2. El derecho a seguir ejerciendo la partería tradicional sin amenazas, prohibiciones, coerciones de instituciones públicas, dando cumplimiento a los marcos normativos nacionales e internacionales que reconocen el derecho de los pueblos al uso de la medicina tradicional.
3. Al sector salud y al Registro Civil que las parteras tradicionales podamos expedir las constancias/hojas de alumbramiento sin condicionamientos y que los certificados de nacimiento registren fielmente los partos que atendemos, independientemente de que las parteras estén o no registradas –certificados o con credencial emitida por la SSA. Esto es fundamental para eliminar el subregistro de atención de partos por parteras, visibilizar su aporte a la salud de la población y reconocer la relevancia y vitalidad de su trabajo.
4. El derecho a la protección conservación y transmisión de los conocimientos ancestrales que tenemos las parteras tradicionales a las nuevas generaciones de los pueblos originarios y comunidades fromexicanas, y el reconocimiento de la partería como un derecho humano y cultural.
5. Que se respete y se garantice el derecho de las mujeres a ser atendidas de acuerdo a sus creencias, costumbres, con quien ellas decidan, en el lugar que se elijan y de forma segura, sin ningún tipo de condicionamiento.
6. Servicios de salud de calidad y con integralidad, sin discriminación, pertinentes y respetuosos de la cultura de las mujeres y los recién nacidos, así como acceso a estos servicios en lugares alejados y unidades de primer nivel de atención con recursos y personal suficiente.
7. Respeto a la autonomía y la libre autodeterminación de los pueblos establecida en el artículo 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
8. Respeto, reconocimiento como interlocutoras y no criminalización a las organizaciones de parteras, terapeutas tradicionales, asociaciones civiles y

otros grupos que luchan por la protección, defensa y revitalización de la partería y medicina tradicional.

9. Un estímulo económico sin condicionamientos, para las parteras tradicionales que así los consideren conveniente, por la atención a la salud que como parteras tradicionales hemos dado y continuamos dando a las comunidades, incluso cubriendo labores que corresponderían a las instituciones de salud. Y para todas las parteras, que las instituciones de salud del Estado garanticen las condiciones para el libre ejercicio de la partería tradicional.

Nuestras exigencias se sustentan en el rol que jugamos las parteras tradicionales como guardianas de la vida y del linaje femenino, para recibir con respeto y amor a los bebés y las madres, así como el trabajo que hacemos para preservar y transmitir los saberes ancestrales de generación a generación, el cual involucra la pertenencia comunitaria, la relación y el cuidado de la tierra y las plantas medicinales, procurando no perder las ceremonias espirituales que dan fuerza y vitalidad a las mujeres para conectar con sus hij@s. Partimos del don del conocimiento, de respetar lo que quieren las mujeres y de los elementos aglutinadores de las comunidades y lo que ayuda a la sobrevivencia de los pueblos.

Pero no solamente eso, la partería tradicional hace parte fundamental de los derechos humanos y culturales que como personas y pueblos tenemos, como es el derecho a la identidad individual y colectiva; el derecho humano a gozar del más alto nivel de salud y tener acceso al cuidado de la salud, especialmente la salud materna; a ejercer y gozar de todos los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho de la mujer a decidir cómo, dónde y con quien parir; el derecho a preservar, enriquecer y transmitir los conocimientos y prácticas tradicionales que son un legado ancestral y que son parte de nuestra identidad; el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para decidir nuestras formas de vivir y nacer. Nuestros saberes constituyen parte del patrimonio inmaterial de nuestros pueblos y nadie puede arrebatarlos, ni negar que con ellos generemos y construimos relaciones de paz y buen trato para ésta y las generaciones venideras.

Por todo lo anterior, nos **COMPROMETEMOS** a:

Elevar nuestra organización, a movilizarnos en nuestras localidades, regiones y a nivel nacional e internacional para visibilizar nuestra labor y su importancia en la conservación de la vida; a dar seguimiento a las políticas públicas que nos comparten y también a hacer oír nuestras voces frente a las autoridades a denunciar públicamente los atropellos contra las parteras tradicionales de parte de funcionarios públicos (p.e. personal médico); a sensibilizar a las autoridades que ignoran las situaciones que vivimos; a generar iniciativas viables, creativas y propositivas, con el apoyo de personas expertas y académicas (os); a compartir con otras parteras las formas propias de atención del embarazo, parto y puerperio; a difundir nuestra agenda política a otras parteras tradicionales de la ciudad y el campo de México, con el apoyo de organizaciones de la sociedad civil.

Parteras tradicionales de la ciudad y el campo, parteras mestizas, parteras tradicionales indígenas, aliadas y organizaciones nacionales de mujeres indígenas de México

¡Unidas en la Defensa y la Promoción de la Partería Tradicional!

Firman

- Movimiento de Parteras de Chiapas “Nich Ixim”
- Red de Parteras y Promotoras “Tam Unem” Jitotol, Chiapas
- Sakil Nichim Antzetik, Chiapas
- Centro de Formación y capacitación para las Mujeres (CEFOCAM) –Kinal Antsetik, Chiapas
- Snail Vetometric A.C. –Casa de la Mujer Indígena, Chalchihuitán, Chiapas
- Zihuame Xotlametzin A.C.-Casa de la Mujer Indígena Zihuachikahuak, Chilapa, Guerrero
- Casa de la Mujer Indígena “Manos Unidas”, Ometepec, Guerrero
- Casa de la Mujer Indígena “Nellys Palomo Sánchez”, San Luis Acatlán, Guerrero
- Kinal Antsetik Guerrero A.C.
- Red de Mujeres Indígenas y Afromexicanas (REMJINA)
- Parteras tradicionales región Istmo, Oaxaca
- Ikoods Mondüy Moniün Andeow SSS-Casa de la Mujer Indígena San Mateo del Mar

- El Despertar de las Mujeres que Curan- Organización de Medicas Tradicionales de Oriente de Yucatán
- Coordinadora nacional de Mujeres Indígenas (CONAMI)
- Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México (AMICAM)
- Asamblea Nacional Política de Mujeres Indígenas (ANPMI)
- Alianza Pediátrica Global (GPA, por sus siglas en inglés)
- Formación y Capacitación A.C. (FOCA)
- Kinal Antsetik Distrito Federal A.C.

Correo contacto: parteriatradicional2019@gmail.com

