

# La transición discursiva sobre el parto en tiempos del COVID-19: México entre la medicalización y la sinergia de saberes

Autora

Wendy Marilú Sánchez Casanova\*

---

## Cómo citar este artículo

Sánchez Casanova, W. (2025). Transición discursiva sobre el parto en tiempos del COVID-19: México entre la medicalización y la sinergia de saberes, REV. IGAL, 4 (1), 37 -50.

\*ORCID: 0000-0001-6611-7664

---

## RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo analizar la transición discursiva entre dos modelos de atención al parto en México, con mayor visibilidad durante la pandemia por COVID-19. Se sustenta en el análisis de diversos discursos identificados desde la hipertextualidad, que constituyen una herramienta básica de construcción de ideología, sustento del poder y las prácticas que éste impone. Se examinan argumentos relacionados con el parto hospitalario y, en una aproximación a las páginas Web de Mujeres Aliadas, A. C., la Secretaría de Salud de México, el Congreso de la Unión de México, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se distinguen preocupaciones respecto de ese modelo medicalizado, que desde la violencia epistémica y la superioridad tecnológica, interviene abruptamente en los cuerpos con riesgo de violencia obstétrica. Esto, a diferencia del parto tradicional, que es un conjunto de saberes técnicos ancestrales que priman el acompañamiento durante la gestación, el parto y el posparto, respetando la ciclicidad corporal como una manifestación de la lucha por el territorio del cuerpo.

### PALABRAS CLAVE:

ANÁLISIS DEL DISCURSO, HIPERTEXTUALIDAD, PARTERÍA TRADICIONAL, VIOLENCIA EPISTÉMICA, VIOLENCIA OBSTÉTRICA

## ABSTRACT

This work aims to analyze the discursive transition between two models of childbirth care in Mexico, more noticeable during the COVID-19 pandemic. It is based on the analysis of different discourses identified from hypertextuality, which constitutes a basic instrument for the construction of ideology, support of power, and the practices that it enforces. Arguments are examined regarding hospital deliveries, and in an approach to the Web pages of Mujeres Aliadas, A. C., the Ministry of Health Mexico, the Congress of the Union Mexico, the World Health Organization, the World Intellectual Property Organization, and the Inter-American Court on Human Rights concerns are distinguished about that medicalized model. Epistemic violence and technological superiority abruptly intervenes in bodies at risk of obstetric violence, contrasting traditional childbirth, which is a set of ancestral technical knowledge that arranges accompaniment during pregnancy, childbirth, and postpartum period, respecting the body's cyclicity, as a manifestation of the defense of the body-territory.

### PALABRAS CLAVE:

DISCOURSE ANALYSIS, HYPERTEXTUALITY, TRADITIONAL MIDWIFERY, EPISTEMIC VIOLENCE, OBSTETRIC VIOLENCE

## 1. Introducción

Este trabajo tiene como objetivo analizar diferentes discursos que contienen propuestas sobre la mejor manera de dar a luz en un contexto de tránsito entre paradigmas debido a la pandemia por COVID-19. En ese marco, se realizó una revisión documental con atención al análisis del discurso desde la hipertextualidad, porque "desde el punto de vista discursivo, hablar o escribir no es otra cosa que construir piezas textuales orientadas a unos fines y que se dan en interdependencia con el contexto" (Calsamiglia y Tusón, 1999, p. 15). De ahí que los discursos constituyan una herramienta básica que construye la ideología, sustenta el poder y las prácticas que éste impone.

Por su parte, la hipertextualidad es una herramienta crucial para acceder a una diversidad de discursos, ya que establece nuevas formas de acceso a la información, innovando en la organización de la interpretación y argumentación, además de que permite referencias cruzadas y el desarrollo de vínculos a materiales adicionales a los escritos (véase Ruiz, 2008, pp. 121-122). Por lo tanto, el texto es "una forma de interacción empaquetada que se mueve de un lugar a otro" (Hine, 2004, p. 65). De esa manera, la búsqueda se centró en aquellos discursos que cuestionaban el impacto de la vía hospitalaria para la atención de los partos que, bajo la premisa de prevenir riesgos neonatales, se sustentaba en herramientas y técnicas ensalzadas desde la violencia epistémica y la superioridad tecnológica como la solución idónea y deseada. Esto, porque "la medicina medicaliza la vida a través del lenguaje y de la manera en que esta organiza la experiencia y construye el mundo" (Mainetti, 2006, p. 78).

Esta investigación, además, intenta dar continuidad al análisis del discurso de organismos internacionales en el ámbito de la partería, por parte de Argüello y Mateo (2014, p. 25), quienes subrayan:

Desde la década de los noventa una constante ha sido considerar que las parteras tradicionales no pueden llegar a ser "profesionales de la salud", aunque tengan las habilidades y conocimientos para ser consideradas como "capacitadas". [...] El discurso se ha radicalizado hacia la colocación de las parteras como figuras externas al sistema de salud y cuya proximidad dependerá de su subordinación a los dictados de la biomedicina.

De ese modo, se analizaron las posibilidades que los conocimientos técnicos tradicionales ofrecen, a pesar del discurso predominante de la medicalización. Esta información fue encontrada en las páginas web de la organización Mujeres Aliadas, A.C.,<sup>1</sup> la Secretaría de Salud de México, el Congreso de la Unión de México, la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (WIPO, por sus siglas en inglés) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, identificándose una serie de preocupaciones respecto de los partos medicalizados en los que se niegan los cursos naturales de los cuerpos, situándose la violencia obstétrica con graves repercusiones en madres y recién nacidos.

Asimismo, se reconoce la eficacia y necesidad de los saberes tradicionales, entre los cuales se sitúan el empleo medicinal de plantas y prácticas de atención al parto. Por lo tanto, se trata de una trayectoria de encuentros y desencuentros entre diversas fuentes de conocimiento, especialmente en el plano discursivo, dentro del cual es cada vez más frecuente la idea de la incorporación de personas portadoras de conocimientos técnicos ancestrales a los sistemas de salud, en reconocimiento de la diversidad cultural expresa en el artículo 2º de la Constitución Mexicana.

## 2. Partos medicalizados y partos tradicionales

Si bien la partería se ha considerado un oficio ejercido a lo largo de la historia principalmente por mujeres y entre mujeres, además de que por muchos siglos no tuvo connotación patológica alguna, desde el siglo XVIII pueden distinguirse dos modelos de atención al parto: el medicalizado y el tradicional.

El parto medicalizado es el que se practica por profesionales de la medicina "occidental o biomedicina" (véase: Argüello y Mateo, 2014, p. 14), desde luego con el título académico correspondiente, y tiene lugar en hospitales. Al respecto, Rivera (2021) enumera las siguientes características:

- Tiene la visión academicista de una condición que debe atenderse con métodos modernos.
- Suele ser el más seleccionado en grandes concentraciones humanas.
- Se despliega de modo diferente en relación con las estructuras socioeconómicas, culturales y raciales.
- Requiere de una gran infraestructura y recurso económico.

<sup>1</sup> Mujeres Aliadas es una asociación civil con actividad en Michoacán, específicamente en los municipios de Pátzcuaro, Erongarícuaro, Quiroga, Huiramba y Tzintzuntzan. Se dedica a la formación de parteras profesionales, además de que proporciona consultas médicas, imparte pláticas, propicia encuentros interculturales y elabora productos medicinales bajo una perspectiva holística como estrategia para la reivindicación de derechos sexuales y reproductivos.

De esa manera, el parto es un núcleo de intervención de la medicina occidental o biomedicina como práctica provocativa que "no aguarda a que los procesos naturales se den por sí mismos, sino que los acelera, los modifica, los desvía, los racionaliza y los aprovecha en función de los fines humanos" (Linares, 2003, p. 31). Esto ocurre porque "los médicos han estado muy bien dispuestos a usar la tecnología para 'mejorar' los resultados en tocología, porque nuestra cultura cree en la superioridad de la tecnología respecto de la sabiduría natural del cuerpo" (Northrup, 2010, p. 608). La medicalización, que califica los procesos biológicos cotidianos como situaciones patológicas urgentes de atención desde la medicina occidental o biomedicina, suele favorecer la violencia obstétrica, sobre la cual Llamas et al. (2023, p. 16) detallan que ha sido:

Reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014 y a partir de 2019 se convirtió en un término usado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que la define como violencia física y psicológica en la que se insulta, maltrata, agrede, engaña, infantiliza, mutila y hiere a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto.

Así, la violencia obstétrica se manifiesta en procedimientos y herramientas que implican maltrato y vulneración de derechos humanos durante la gestación, parto y posparto, siendo "la última frontera en la violencia de género" (Llamas et al., 2023, pp. 25-26), dando lugar a las siguientes repercusiones:

- Cuerpos que se intervienen sin necesidad como una de las más frecuentes violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres y los derechos de las infancias.
- Incremento de costos, en virtud de implementos tecnológicos sofisticados para invadir los cuerpos.

La medicalización suele basarse en la perspectiva objetivista del conocimiento mediante la formalización, codificación y sistematización. En esta línea, "la medicalización del lenguaje, por tanto, no es una mera herramienta lingüística prestada por la medicina, sino una particular organización del mundo, creación de un objeto propio o construcción social de una realidad" (Mainetti, 2006, p. 81). Esto construye dilemas en las personas para presionarlas a acudir a servicios medicalizados como opciones racionales y científicas expuestas como las más idóneas, justificando así sus elevados costos y/o los maltratos durante las intervenciones a los cuerpos.

Situados en la problemática de la medicalización, es necesario concebir al cuerpo como una entidad compleja: Cuerpo destinatario de productos administrados con el fin de regularlo; por lo tanto, cuerpo también producto. Cuerpo mensaje: síntomas y malestares que se hacen presentes en el cuerpo. Y cuerpo emisor, que demanda mayor perfección y bienestar [Rodríguez, 2010, p. 13].

Los partos medicalizados expresan abiertamente el poder obstétrico, concepto acuñado por Arguedas (2014, p. 156) en los siguientes términos:

Forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder, que se hace presente en este ejercicio, produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias.

En otro orden de cosas, los partos tradicionales se guían por una perspectiva basada en la práctica: el saber hacer de la vivencia, constancia y significado. De esa manera, las prácticas ancestrales de atención al parto son mediaciones en los cuerpos, de acuerdo con su propia ciclicidad, por lo que impulsa el autoconocimiento según la guía de la partera tradicional, quien ha sido desplazada o considerada como una "asistente" o persona "no capacitada" desde la medicina occidental o biomedicina. De acuerdo con Rivera (2021), el parto tradicional:

- Se sustenta en una visión empírica.
- Quienes lo practican no recibieron una formación académica como tal.
- El espacio donde se lleva a cabo suele estar segregado. Por lo general, se asocia a personas y/o segmentos de población de bajo nivel económico y lejos de grandes concentraciones urbanas.
- No requiere de infraestructura.

De acuerdo con WIPO (2010), entre los conocimientos tradicionales se encuentran el empleo medicinal de plantas y prácticas de atención al parto. En este punto, los conocimientos técnicos

tradicionales suponen un redimensionamiento de la técnica, al no considerarse únicamente como prácticas que modifican la naturaleza, sino como filosofía respetuosa de los ciclos naturales. En este sentido, la partería tradicional representa un acompañamiento durante la gestación, el parto y el posparto, aunque durante la primera puede darse la necesidad de acomodamiento de un bebé y, en la tercera, suele realizarse el cierre de cadera, pero estas prácticas tienen como objetivo favorecer el curso natural de esas etapas. En este panorama, la partería tradicional amplía las opciones para las mujeres y las familias en una toma de decisiones informada, considerando sus grandes diferencias en relación con los partos medicalizados.

La medicalización, no obstante, parece prevalecer debido a que ofrece un estilo de vida separado de la naturaleza, pues las herramientas y máquinas sofisticadas aparecen mucho más confiables en un mundo organizado de acuerdo con la mercantilización. Esto se encuentra relacionado con la construcción social de la realidad en la que el conocimiento científico se considera como el único válido, pues "en el curso de su intento de acumular más y más capital, los capitalistas han intentado mercantilizar más y más procesos sociales en todas las esferas de la vida económica" (Wallerstein, 2009, p. 11), incluyendo el conocimiento sobre el cuerpo y la salud.

La coexistencia y tensión entre estos modelos de atención al parto no solo reflejan disputas epistemológicas, sino que también revelan profundas desigualdades en el acceso, el reconocimiento y la valoración de los saberes situados. En el entramado social, se produce un silenciamiento de voces y experiencias que, históricamente, han nutrido las prácticas de nacimiento en comunidades diversas. Así, el poder obstétrico, al institucionalizarse y mercantilizarse, genera una estructura en la que la legitimidad de los conocimientos tradicionales es cuestionada, desechando el aporte vital de las parteras y las personas gestantes en la construcción de alternativas para un parto digno y respetuoso. Esta exclusión se traduce en la negación del derecho a decidir sobre los propios cuerpos y en la imposición de un modelo biomédico que perpetúa la idea del control y la disciplina. El choque entre el paradigma médico hegemónico y los saberes ancestrales no solo ocurre en el ámbito de la atención clínica, sino también en la narrativa sobre la salud materna y los derechos reproductivos, en los que la autonomía y la agencia son constantemente disputadas.

Es precisamente en este cruce de caminos donde se gestan formas de violencia epistémica y obstétrica, las cuales se manifiestan tanto en la desvalorización de prácticas no institucionalizadas como en la invisibilización de experiencias de las personas gestantes que buscan alternativas fuera del modelo hospitalario predominante. Esta clara y continua expresión de injusticia epistémica llega a desdibujar el avance tecnológico en el campo de la salud materna y neonatal, debido a que ha fortalecido la violencia obstétrica, siendo su falta de prevención desde las instancias nacionales, lo que la ha trasladado a órganos judiciales internacionales como la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

Al respecto, es preciso mencionar el caso *I.V. vs. Bolivia* (presentado en 2016 y sentenciado en 2021), que sanciona al Estado boliviano por una esterilización no consentida durante los efectos de la epidural, basada en una relación desigual entre médico y paciente con base patriarcal, discriminatoria y violenta, negando la capacidad de la demandante a decidir de modo consciente e informado sobre su propio cuerpo. El caso en mención es un ejemplo claro de poder obstétrico, sobre el que Arguedas (2019, p. 573) afirma que su ejercicio "sobre los cuerpos gestantes tiene un objetivo disciplinario vinculado con la estructura de relaciones de poder dentro del modelo patriarcal de sociedad, pero ese ejercicio varía según otras características de los cuerpos gestantes, además del género", por lo que una mirada desde feminismos descoloniales fortalece el abordaje de situaciones relacionadas con las intervenciones en el territorio del cuerpo, en cuanto se vincula a la violencia epistémica. Carriño (2020, p. 274) la describe como "la idea que considera no científicos los conocimientos resultados de otras epistemologías que reconocen el lugar de enunciación y la subjetividad de quien investiga", pues "el papel que la colonialidad del saber jugó en el proceso de imposición de una interpretación del mundo en el que la clasificación de la población, en términos de género, ocupó un lugar igual de determinante que la raza" (p. 275).

Por ello, Valverde y Espinoza (2021, p. 362) recalcan que la salud sexual y reproductiva es "una expresión de la salud de las mujeres que se encuentra estrictamente relacionada con la autonomía y libertad para tomar decisiones en materia reproductiva". Esta mirada, que ha sido reforzada desde el criterio de la CIDH, se suma a la apertura para integrar modelos descoloniales de acompañamiento de la gestación, el parto y el puerperio respetuosos con la ciclicidad del cuerpo-territorio, factor que sustenta su vocación para garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

En esta línea, Gómez-Robledo y Witker (2001, p. 94) apuntan que "no hay que soslayar las sentencias de la Corte que de acuerdo con el derecho internacional son fuentes importantes", así que "el Estado tiene la obligación de cumplir de buena fe con la sentencia dictada". En consecuencia, se está construyendo una oportunidad más de sentar precedentes que permitan sancionar, y sobre todo prevenir, la violencia obstétrica.

Según lo expuesto, es posible afirmar que la batalla entre ambos modelos de atención al parto, que se advierte desde el siglo XVIII por "razones económicas y no solo técnicas" (Argüello y Mateo, 2014, p. 25), encuentra, en la pandemia por COVID-19, una nueva etapa para su análisis, (re)valoración y (re)configuración.

### 3. ¿Qué sucede con los partos en México a partir de la pandemia por COVID-19?

La pandemia por COVID-19 contribuyó a desvanecer la disputa entre el parto medicalizado y el parto tradicional, por medio de la reconversión hospitalaria orientada a "la preparación para la recepción y atención de pacientes con síntomas respiratorios, así como evitar magnificar la propagación de la enfermedad entre los pacientes que aún requieren de atención médica hospitalaria por otras condiciones" (Secretaría de Salud, 2020, p. 9).

En el caso de México, el Lineamiento de Reconversión Hospitalaria fue emitido el 5 de abril de 2020 y consideró a los hospitales gineco-obstétricos entre las unidades médicas no contempladas para la reconversión hospitalaria, aunque, por otro lado, anticipó que, en los hospitales de reconversión, se pudiese brindar servicio a personas gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, además de atender a mujeres en el tercer trimestre de gestación con personal e infraestructura específicos (véase: pp. 9 y 12). En este último caso, no queda claro si ese servicio fuese únicamente para mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19, o en general.

Lo anterior supone una contradicción evidente, destacándose que "en México, la enfermedad de COVID-19 se convirtió en la primera causa de muerte materna, con 105 de los 394 decesos asociados al embarazo, parto y puerperio" (Cruz, 2020).

Ante ello, se soslayó el discurso que afirmaba la sensatez de los nacimientos en hospitales para situar, en su lugar la invitación a dar a luz en las casas, para "disminuir el contagio [de] COVID-19 de las mujeres embarazadas al no asistir a las unidades médicas [con] la posibilidad del aumento de partos vaginales y, por ende, la disminución de cesáreas innecesarias" (Chávez, Romero y Negrete, 2022, p. 39). Así se volvía la mirada hacia las mujeres sabias, "parteras empíricas, parteras tradicionales,<sup>2</sup> comadronas, comadres o matronas" (Argüello y Mateo, 2014, p. 17), que acompañaron a las parterías en casa, o en espacios alejados de los hospitales con alto riesgo de propagación del COVID-19. Esta posición fue fortalecida por WHO (2021), destacando que no era necesario practicar una cesárea en una mujer con sospecha o confirmación del ya mencionado padecimiento, ya que "el modo de parto debe individualizarse y basarse en las preferencias de la mujer junto con las indicaciones obstétricas".

Se puso también a consideración la diferencia de tarifas para cada tipo de parto. En el caso de México, un parto en un hospital público suele costar aproximadamente 270 USD (en el caso de personas sin afiliación a alguna institución de seguridad social), frente a los que se dan en hospitales privados, que oscilan a partir de los 1600 USD. Mientras tanto, un parto asistido por una partera tradicional oscila entre 270 y 550 USD.<sup>3</sup>

Ante esto, varias organizaciones que tienen años de experiencia en el acompañamiento de este proceso natural con una perspectiva de defensa de derechos reproductivos, partos humanizados, partería tradicional y partería autónoma, tuvieron una mayor visibilidad e incrementaron sus solicitudes de acompañamiento. Por esto el discurso emergente las situó en el escenario que la medicalización les había negado y se acentuó la crítica al discurso relativo al hospital como el mejor lugar para dar a luz. También se condenaron las cesáreas innecesarias, episiotomía, maniobras de Kristeller o Hamilton, negación del apego precoz y de la lactancia, anticoncepción no autorizada, y una nula o escasa atención en el posparto como prácticas recurrentes de violencia obstétrica.

Al respecto, el estudio<sup>4</sup> de Méndez y Cervera (2002, p. 134) señala: "La mayor frecuencia de complicaciones maternas en el sistema hospitalario puede atribuirse al manejo inadecuado y

<sup>2</sup> A pesar de las múltiples denominaciones, en este trabajo se empleará únicamente el término partera tradicional. Esto también porque, en algunos países de América Latina, el término matrona se asocia a una partera técnica o enfermera con adscripción en hospitales.

<sup>3</sup> Cifras recuperadas de los sitios web de Mujeres Aliadas, A.C. y Forbes México, así como de consulta directa en centros de salud pública de Mérida, Yucatán.

<sup>4</sup> Realizado en el estado de Yucatán, en tres hospitales de Mérida (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y con 21 parteras de Valladolid, Temozón, Ticul y Halachó, en los años 1989 y 1990.

a la utilización de tecnologías médicas innecesarias en la atención del parto por vía vaginal", lo que ocasiona que el desgarro perineal y la infección de la episiotomía sean las más frecuentes. Es decir, las intervenciones abruptas al proceso natural del parto mediante materiales o instrumentos hospitalarios suelen generar problemáticas que desmienten el discurso acerca de la conveniencia de parir bajo la mirada medicalizada.

Aunado a lo anterior, Ferguson (2010, p. 21) puntualiza que, en diferentes actividades de difusión de la salud por parte de Mujeres Aliadas, A.C. se encontró lo siguiente:

Las mujeres carecen de conocimientos básicos sobre su cuerpo, de sexualidad y reproducción, además de problemas de salud femenina. Sin este conocimiento, la mujer tiene un menor control sobre su propia salud y es más vulnerable a acatar las decisiones que cualquier persona del ámbito de la medicina le diga, sin que necesariamente esta sea la más apropiada (por ejemplo, las cesáreas innecesarias).

Por su parte, Rivera (2023) recalca que la complicación de partos, embarazos de alto riesgo y la misma edad de las parteras tradicionales han integrado por varias décadas la tendencia "negacionista y prohibitiva" de la medicalización para apartarlas de los alumbramientos. Esto ha generado una contradicción más: "Si el sector salud presume que ha capacitado a las parteras, entonces, ¿cuál es la razón para prohibir el oficio?"

Siguiendo esta cuestión, es de mencionar la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 7 de abril de 2016, que señala expresamente que las parteras tradicionales no se consideran personal profesional autorizado para prestar servicios de atención médica, subrayando con esto que la gestación, el parto y el posparto son eventos medicalizados en los que los conocimientos técnicos tradicionales quedan descalificados. Por otro lado, la misma norma establece que "los partos de bajo riesgo de término pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas" (5.1.1.1. segundo párrafo). Esto se enlaza con el afán de uniformar las prácticas para los alumbramientos desde el enfoque de la medicina occidental o biomedicina y, al mismo tiempo, deja sin claridad si se permitiese la participación de una partera tradicional o no.

En este contexto, se ejercen dos tipos de violencia. La primera es la violencia obstétrica, a la que ya se ha hecho referencia, siendo "la más invisibilizada y desconocida porque, por falta de información, las propias mujeres la consideran como un trato normal o esperado en las instituciones de salud" (Llamas et al., 2023, p. 26). La segunda es precisamente la violencia epistémica, que sitúa las prácticas de las parteras tradicionales "en la parte baja de una jerarquización de conocimientos, clasificados por un nivel requerido de cognición o cientificidad" (Beltrán, 2017, p. 119), negándoles el derecho a ejercer o a hacerlo bajo pautas medicalizadas.

Como puede apreciarse, la discusión en torno de las diversas fuentes de conocimiento sobre el parto ya estaba siendo abordada y cobró impulso como resultado de la pandemia por COVID-19, que ha desplazado la medicalización por la medicina, debido a la emergencia por una condición realmente patológica. Además, no puede negarse que las parteras y otras personas portadoras de conocimientos tradicionales (hierberos, hueseros, tiemperos, entre otros) siguen siendo muy valoradas en sus comunidades. De hecho, "muchas mujeres aún las visitan [a las parteras] para atención prenatal, puesto que no confían plenamente en los doctores" (Ferguson, 2010, p. 25).

Un poco antes de la pandemia, WHO (2018) resaltó una atención integral durante el parto, incluyendo cuestiones que hacen primar los derechos humanos para erradicar la violencia obstétrica, como el acompañamiento durante el trabajo de parto, la continuidad de los cuidados, las técnicas manuales para el manejo del dolor, la movilidad y posición materna, el método de pujo, el contacto piel con piel o la lactancia materna, prácticas que forman parte del acervo inmemorial de las parteras tradicionales. Al respecto, Iris Meza Bernal<sup>5</sup> asevera: "Si desde el nacimiento se respetan nuestros derechos, algo en el ser de quien llega a la vida se graba para seguir siendo defensor de sus derechos para toda la vida" (UNFPA México, 2019).

La pandemia por COVID-19 motivó a recuperar fuentes alternativas de conocimiento para una defensa más consciente del territorio del cuerpo, y esto significa "la consideración de diferentes formas de producción y reproducción del orden material existente, nuevas formas de vida frente a dispositivos y mecanismos opresores y alienantes" (Novoa, 2014, p. 107). Por lo tanto, una partería sustentada en el conocimiento técnico tradicional constituye una de estas formas alternativas.

<sup>5</sup> En ese entonces, directora de la Escuela de Partería Profesional de Mujeres Aliadas, A.C.

#### 4. Transición discursiva reivindicatoria del territorio del cuerpo

La pandemia por COVID-19 hizo que la partería tradicional recuperara su presencia en el escenario de la salud, alimentando la idea del cuerpo como "entrecruzamiento de lo biológico, lo psicológico y lo social" (Antón y Damiano, 2010, p. 25), así como combatiendo la ruptura deliberada de la "medicalización como estrategia biopolítica" (Rodríguez, 2010).

Un panorama como el descrito en el párrafo anterior se traduce en repercusiones en cuerpos que son intervenidos sin necesidad y experimentan la violencia obstétrica como una de las más frecuentes violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres y los derechos de las infancias, aunado al incremento de costos debido a implementos tecnológicos sofisticados para esos propósitos de dominio.

Entre las muchas transformaciones de las situaciones reproductoras se encuentra la médica, a través de la cual los cuerpos de las mujeres tienen fronteras permeables a la "visualización" y a la "intervención". Por supuesto, el quién controla la interpretación de las fronteras corporales en la hermenéutica médica es un tema feminista [Haraway, 1995, p. 289].

La pandemia por COVID-19 permitió convocar a la convergencia de saberes, para lograr un bienestar integral como parte de la lucha por el cuerpo como primer territorio. En todos los casos, la principal consigna es que las mujeres sean realmente quienes tomen toda decisión relacionada con su gestación, parto y posparto.

A este tenor, cabe referirnos a la *Estrategia para fortalecer la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva por el personal de enfermería y partería durante la pandemia por COVID-19* (2020), que ha señalado como objetivo:

Fortalecer la disponibilidad y continuidad de los servicios de SSR [salud sexual y reproductiva] con enfoque de atención y consejería en SSR, difusión de información para promover la atención del embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida, incluyendo la promoción de equidad de género, inclusión y no discriminación para una atención libre de violencia, en unidades de primer nivel de atención, con personal de Enfermería y Partería profesional, considerando la inclusión de la atención de Partería tradicional, durante la pandemia por COVID-19 (p. 2).

De esta manera, se especifican las competencias de diferentes personas especializadas en partería: enfermeras, parteras profesionales y parteras tradicionales. Para estas, se enlistan la consejería en temas reproductivos, el seguimiento de la gestación y la información a los servicios médicos de casos de alto riesgo u otros considerados como emergencia (incluyendo su monitoreo), la atención del parto en sí, los cuidados del recién nacido y los correspondientes al puerperio. Por lo tanto, se destaca el reconocimiento de que la partería tradicional comprende "las capacidades de una comadrona: estar al lado esperando, con una actitud de apoyo y cariño, mientras hacen muy poco en el sentido médico ortodoxo" (Northrup, 2010, p. 608). Esto es porque, en el conocimiento tradicional, los cuerpos se respetan en su ciclicidad, lo que remite a una técnica artesanal o premoderna configurada como una práctica que sigue el ciclo natural y necesario de los materiales, esto de acuerdo con el agradecimiento debido (véase: Heidegger, 2021, p. 18).

Al respecto, se aprecia un vínculo con los conocimientos técnicos tradicionales como saberes que encuentran su significado en la ancestralidad, territorialidad y sustentabilidad. Por esto, no aluden a una técnica meramente instrumental, dado que reconocen que el mundo tiene un ser moral (véase: Deloria, 2017). Así la interacción con los distintos espacios no genera afectaciones a los ciclos naturales, lo que supone un aspecto crucial y constante en el ejercicio de la partería tradicional.

La presencia de parteras tradicionales expresa "lo simbólico, la producción de sentido, la intención humana" (Novoa, 2014, p. 100). De acuerdo con esta premisa, no está de más recordar que, en los orígenes de la medicina, se consideraba la salud como un equilibrio en el ser humano. Por otro lado, la enfermedad era el desequilibrio entre las funciones biológicas, intelectuales y emocionales que albergaba el cuerpo. En este sentido, la práctica y la tecnología médica, incluso la más vanguardista, son capaces de ser aplicadas desde la voluntad de reunir las piezas que la parcelación del conocimiento ha esparcido.

Se estima que las mujeres en proceso de parto desencadenan sintomatología asociada a estrés, miedo e incertidumbre. Su evolución estará influida por factores biopsicosociales, siendo esencial en esta etapa disponer de evaluaciones mediante las que se obtenga un

pronóstico preventivo del conocimiento de la madre sobre su sexualidad y la relación con su ciclo menstrual, con el objeto de acompañar posteriormente el puerperio con tratamientos efectivos para el bienestar de las mujeres [Venegas, Santos y Sánchez, 2024].

En este sentido, es preciso mencionar la difusión de la autonomía corporal como el "derecho inherente de elegir lo que hacemos con nuestro cuerpo, de protegerlo y cuidarlo y de expresarnos a través de él como nos plazca" (UNFPA, 2021, p. 7), en relación con los derechos reproductivos, que en el caso de la Constitución Mexicana se sitúan en su artículo 4º, párrafo segundo. Sobre estos, Ávalos (2013, p. 2277) resalta que comprenden el "derecho a elegir libremente el número y espaciamiento de los hijos y a contar con métodos contraceptivos. Sin embargo, también incluyen el derecho a tener la información necesaria para estar en verdaderas condiciones de decidir libremente sobre la reproducción".

Esa libre toma de decisiones sobre la reproducción incluye la manera como una mujer desea parir, con información verídica sobre los modelos de atención disponibles y la preparación que esto implica. Asimismo, desde una mirada humanizada se considera también la decisión de las madres respecto de quién o quiénes desean que las acompañen durante la secuencia del parto, lo que lleva a una construcción comunitaria, que "no se concibe como un ente pasivo, sino como una persona colectiva que es capaz de planear y administrar los servicios de salud conjuntamente con los órganos del Estado" (Senado de la República, 2021, p. 18).

Por ello es preciso mencionar la intención discursiva del documento titulado *Entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y perinatal. Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto-recuperación en las redes de servicios*, con fecha de 21 de febrero de 2022, el cual resalta el derecho de la persona gestante a elegir acompañantes durante el parto, considerando entre ellas a parteras tradicionales, educadoras perinatales o doulas. Aun así, ese entorno se sigue ubicando en la salud pública y su correspondiente medicalización, además de considerar la capacidad de la infraestructura en la que se pretende establecer esa experiencia positiva.

La transición discursiva encontrará su punto crucial en la iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman diversos artículos de la Ley General de Salud (LGS), presentada al Senado el 14 de diciembre de 2021, y en la cual las parteras tradicionales se definen como "aquellas personas que, siendo parte de las comunidades indígenas, afromexicanas y equiparables, atienden el embarazo o preñez, el parto y la cuarentena después del parto, en las mujeres de dichas comunidades" (Senado de la República, 2021, p. 5).

La exposición de motivos que sustenta esta iniciativa compara los modelos tradicional y el hospitalario de atención al parto, señalando que el segundo es impersonal, medicalizado y propicio para la violencia obstétrica. Además, desde la medicalización se menosprecian los conocimientos ancestrales para la atención de la gestación, parto y posparto, enfatizando sus desventajas, imponiendo una capacitación obligatoria para las parteras tradicionales, aunque desconfiando al mismo tiempo de su labor de acompañamiento junto al rigor excesivo para la expedición de certificados de nacimiento, actitudes que remiten indudablemente a la violencia epistémica.

Esta concurrencia de violencias: la epistémica y la obstétrica, ha violentado los derechos reproductivos de las mujeres por décadas, por lo que desde la transición discursiva se lucha por una (re) apropiación del cuerpo como el primer territorio, y desde la partería tradicional:

Es también un espacio de poder en donde las mujeres conectan los mundos: material y espiritual, para mantener el rumbo y el sentido del cosmos; espacio irreductible frente al poder público y privado, porque parte del conocimiento y experiencias que las mujeres tienen sobre sus propios cuerpos y sus ciclos de vida, y que transmiten a otras mujeres, oralmente, de generación en generación, preservando la continuidad ritual del alumbramiento [Senado de la República, 2021, p. 7].

El proceso legislativo desarrollado en torno de esta iniciativa resultó en el decreto por el que *Se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de partería tradicional*, publicado en el DOF el 26 de marzo de 2024. Los segmentos modificados se transcriben a continuación:

Artículo 6º. El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:  
[...]

VI Bis. Promover el respeto, conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones dignas, incluida la partería tradicional;  
VII. Coadyuvar a la adopción de hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que presten para su protección;  
[...]

Artículo 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:  
[...]

Fracción IV. Acciones para respetar, garantizar y proteger el ejercicio de las parteras tradicionales, en condiciones de dignidad y acorde con sus métodos y prácticas curativas, así como el uso de sus recursos bioculturales. Para lo anterior, se les brindarán los apoyos necesarios sin condicionamientos o certificaciones, siendo suficiente el reconocimiento comunitario.

Artículo 389 Bis. [...]

El certificado de nacimiento será expedido por profesionales de la medicina, parteras tradicionales y personas autorizadas para ello por la autoridad sanitaria competente.

Artículo 392. [...]

Los [certificados de nacimiento] que se autoricen para las parteras tradicionales, o los que ellas elaboren, serán de la mayor sencillez, con lenguaje adecuado a su cultura e identidad y contendrán los datos básicos previstos en el artículo 389 Bis.  
[...]

Cabe destacar que únicamente se reformaron cuatro de los diez artículos en el sentido preciso propuesto por la iniciativa y que se centran en cuestiones inherentes a la libre determinación y autonomía de los pueblos indígenas (aunque la iniciativa también incluye a comunidades afromexicanas), siguiendo lo establecido en el artículo 2o de la Constitución Mexicana, como el reconocimiento, promoción y protección de la medicina tradicional como parte del patrimonio biocultural, la participación en la toma de decisiones, la elección de parteras tradicionales, así como la excepción a las parteras tradicionales para exhibir documentos oficiales que acrediten su formación.

De cualquier modo, la mención de la partería tradicional refleja una transición entre paradigmas favorecida por medidas de urgencia durante la pandemia por COVID-19, aunque la semilla se sembró con mucha más anticipación desde el activismo en defensa de los derechos reproductivos, siendo también apoyado por las mismas parteras tradicionales, que son más visibles y conscientes del poder de sus saberes ancestrales.

Aunque la reforma ya se encuentra vigente, es importante apuntar que la normatividad de realización, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGSMPSAM), todavía tiene que reformarse de conformidad con las modificaciones de la LGS en un plazo de 180 días contados a partir del 26 de marzo de 2024 (de acuerdo al artículo segundo transitorio del decreto ya mencionado), por lo que en un seguimiento inicial se observará si "la Secretaría de Salud cumple o no lo que le toca a ella como cabeza de sector en la parte ejecutiva de hacer este cambio en el reglamento y todo dependerá, por supuesto, de voluntades políticas y de presión social" (Sevilla y Escobar, 2024).

Finalmente, cabe mencionar la reciente Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025, *Para establecimientos de salud y el reconocimiento de la partería, en la atención integral materna y neonatal*, publicada en el DOF el 04 de marzo de 2025, que contempla entre sus objetivos el reconocimiento y vinculación de la partería tradicional en la institucionalización pública de la salud materna y neonatal. En este contexto, se reconoce a la partera(o) tradicional como la persona que desde su cosmovisión en específico asume saberes intergeneracionales para atender la gestación, parto y puerperio en conexión con sus recursos bioculturales y territoriales. Esta aceptación de la coexistencia abre también la posibilidad de inscripción voluntaria de parteras y parteros tradicionales al Registro Nacional de Partería (ReNaPa).

Se espera que esta transición discursiva detone transformaciones reales que garanticen plenamente los derechos reproductivos de las mujeres, así como los derechos de las infancias, pues el nacimiento es un momento crucial que influye inevitablemente en el desarrollo humano.

## 5. Conclusiones y pasos a seguir

¿Era necesaria una emergencia sanitaria global para reivindicar la partería tradicional? La pandemia por COVID-19 fue una oportunidad para hacer visible este modelo de atención al parto, que se caracteriza por su adecuación al ciclo natural del cuerpo y su sentido comunitario, por lo que su permanencia mediante el biopoder manifiesto en una constante defensa del territorio del cuerpo representa una tarea que inicia en lo individual para transformarse en una imperiosa acción colectiva.

La pandemia por COVID-19 ha reforzado el cuestionamiento del hecho de que "el sistema médico participa plenamente en trazar el parto como una urgencia que necesita una cura" (Northrup, 2010, p. 607) a través de tecnologías avanzadas que implican costes innecesarios de intervención, negando la sabiduría y el respeto a los ciclos naturales del cuerpo como principal línea de acción de la partera tradicional, esto desde el discurso de la medicalización como una de las claves para sostener la acumulación de capital.

De este modo, la transición discursiva se activa ante la pregunta sobre las formas más adecuadas de situar al conocimiento tradicional junto al conocimiento científico, pues al superarse la emergencia por la pandemia, queda nuevamente instituido el riesgo que desde la biopolítica se intenta recuperar la medicalización del parto. Por ello, una posición reflexiva sobre las intervenciones innecesarias en los cuerpos no significa un rechazo a la medicina, sino a la medicalización, como táctica de la mercantilización. Sin duda, distinguirlas adecuadamente es crucial.

Esta convergencia de conocimientos centrados en el bienestar puede recuperar lo humano del ser humano, pues "la primera máquina desarrollada por el capitalismo fue el cuerpo humano y no la máquina de vapor, ni tampoco el reloj" (Federici, 2010, p. 201). La lucha por el territorio del cuerpo busca que una medicalización contemporáneamente reñida deje de ser la única forma de entender la salud, y esto es porque se sustenta en la paradoja de la creación de enfermedades.

En este contexto, la práctica ancestral de la partería es una invitación a asumir los procesos biológicos con independencia y criterio, desde un biopoder que otorgue a las personas su verdadero lugar: como individuos y no como mercancías. En este punto, el hipertexto supone una herramienta del ciberactivismo, al generarse "una masa crítica suficiente de información y debate para que este debate trascienda la blogsfera y salga a la calle o se modifique de forma perceptible el comportamiento de un número amplio de personas (De Ugarte, 2007, p. 122). Entonces, en un ejercicio de conversión de información en conocimiento, los materiales disponibles en la Web

## Bibliografía

- Antón, G. and Damiano, F. (2010). El malestar de los cuerpos. En G. Forte y V. Pérez (Comp.), *El cuerpo, territorio del poder* (pp. 19-38). Colectivo Ediciones/P.I.Ca.So.
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 146-169.
- Arguedas Ramírez, G. (2019). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. En M. Sagot y D. Díaz Arias (Ed.), *Antología del pensamiento crítico costarricense contemporáneo* (pp. 569-589). Clacso.
- Argüello Avendaño, H. E. y Mateo González, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR Estudios Sociales y Humanísticos*, XII(2), 13-29.
- Ávalos Capín, J. (2013). Derechos reproductivos y sexuales. En E. Ferrer McGregor Poisot (Coord.), *Derechos humanos en la Constitución: comentarios de jurisprudencia constitucional e interamericana*, Tomo II (pp. 2267-2289). SCJN, IJJ.
- Beltrán, Y. (2017). Violencia epistémica en la protección de los conocimientos "tradicionales". *Ciencia Política*, 12(24), 115-136.
- Calsamiglia Blancafort, H. y Tusón Valls, A. (1999). *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Ariel.
- Cariño Trujillo, C. (2020). Colonialidad del saber y colonialidad de género en la construcción del conocimiento. Hacia epistemologías feministas y otras apuestas descoloniales. En L. R. Berrio Palomo et al. (Coord.), *Antropologías feministas en México: epistemologías, éticas, prácticas y miradas diversas* (pp. 269-287). UAM, UNAM, Bonilla Artigas Editores.
- Chávez-Courtois, M., Romero Pérez, I. y Negrete Martínez, V. (2022). La partería, una acción perinatal emergente en tiempos de COVID-19. *Revista Conamed*, 27(1), 36-40.
- Cruz Martínez, A. (2020, July 17th). Covid-19, primera causa de muerte materna en México este año: Inper. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2020/07/17/politica/004n1pol?fbclid=IwAR26y-mV4r58mtxjbhvv4aZeMOiPREBeBhgEG9xjRpPvnpGAhWfFTP-ZI0I>
- De Ugarte, D. (2007). *El poder de las redes. Manual ilustrado para personas, colectivos y empresas abocados al ciberperiodismo*. Ediciones El Cobre.
- Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de partería tradicional. *Diario Oficial de la Federación*, México, 26 de marzo de 2024.
- Deloria, V. (2017). Tecnología tradicional. *Tabula Rasa*, 26, 1-10.
- Federici, S. (2010). Calibán y la bruja. *Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Traficantes de Sueños*.
- Ferguson, R. (2010). Análisis del sistema de salud en la región de la cuenca del Lago de Pátzcuaro, Michoacán, México. Con énfasis en salud sexual y reproductiva de la mujer. *Mujeres Aliadas, A.C.*
- Gómez-Robledo Verduzco, A. y Witker, J. (Coord.) (2001). *Diccionario de derecho internacional*. Porrúa, UNAM.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra.
- Heidegger, M. (2021). *La pregunta por la técnica*. Herder.
- Hine, C. (2004). *Etnografía virtual*. UOC.

- Ley General de Salud [reformada]. Diario Oficial de la Federación, México, 07 de febrero de 1984.
- Linares, J. (2003). La condición heideggeriana técnica: Destino y peligro para el ser del hombre. *Signos Filosóficos*, 10, 15-44.
- Llamas Palomar, M., Reyes Beltrán, B., Choreño, N. J. y González Ruiz, A. K. (2023). *Violencia obstétrica*. Penguin Random House.
- Mainetti, J. A. (2006). La medicalización de la vida. *Electroneurobiología*, 14(3), 71-89.
- Méndez González, R. M. y Cervera Montejano, M. D. (2002). Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud pública de México*, 44(2), 129-126.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación, México, 07 de abril de 2016.
- Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025, Para establecimientos de salud y el reconocimiento de la partería, en la atención integral materna y neonatal. Diario Oficial de la Federación, México, 04 de marzo de 2025.
- Novoa Torres, E. (2014). Las nuevas realidades del bios/zoe del cuerpo, entre la bioética y la biopolítica. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 14(1), 98-113.
- Northrup, C. (2010). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer*. Urano.
- Rivera Acosta, J. (2021). Partería tradicional en el centro de México; ecología política entre medicinas y prácticas. *Pensamiento Crítico*, 8(14), 1-14.
- Rivera Balbuena, E. (10 de octubre de 2023). La prohibición médico-institucional del oficio de la partera tradicional indígena [Ponencia]. VI Encuentro de Estudios de las Culturas Indígenas: El derecho antiguo y actual en las comunidades indígenas, Morelia, México.
- Rodríguez Zoya, P. G. (2010). La medicalización como estrategia biopolítica. A parte Rei. *Revista de Filosofía*, (70), 1-27.
- Ruiz Torres, M. A. (2008). Ciberetnografía: comunidad y territorio en el entorno virtual. En: E. Ardèvol, A. Estalella y D. Domínguez (Coord.), *La mediación tecnológica en la práctica etnográfica* (pp. 117-132). Ankulegi.
- Secretaría de Salud (05 de abril de 2020). Lineamiento de Reconversión Hospitalaria. Gobierno de México. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria\\_05042020\\_2.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria_05042020_2.pdf)
- Secretaría de Salud (2020). Estrategia para fortalecer la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva por el personal de enfermería y partería durante la pandemia por COVID-19. Gobierno de México. [https://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/estrategia\\_fortalecer\\_ss\\_sexual\\_reproductiva\\_COVID-19.pdf](https://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/estrategia_fortalecer_ss_sexual_reproductiva_COVID-19.pdf)
- Secretaría de Salud (21 de febrero de 2022). Entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y perinatal. Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto-recuperación en las redes de servicios. Gobierno de México. [https://drive.google.com/file/d/1kN\\_ZWkE0lvxgArel3XGZzPhStm0bUphg/view](https://drive.google.com/file/d/1kN_ZWkE0lvxgArel3XGZzPhStm0bUphg/view)
- Senado de la República (14 de diciembre de 2021). Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman diversos artículos de la Ley General de Salud, para que concuerden con el párrafo cuarto del artículo 2º constitucional y con la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en materia de partería tradicional como parte de la medicina tradicional, en calidad de patrimonio cultural de los pueblos y comunidades indígenas, afromexicanas y equiparables. Senado de la República. [https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/1/2021-12-14-1/assets/documentos/Inic\\_Morena\\_Sen\\_Harp\\_Iturribarria\\_LGS.pdf](https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/1/2021-12-14-1/assets/documentos/Inic_Morena_Sen_Harp_Iturribarria_LGS.pdf)
- Sevilla, A. y Escobar, F. (06 de mayo de 2024). Reformas recientes y urgentes a la Ley General de Salud [Ponencia]. Parteras y tradiciones discursivas, abordajes desde la transdisciplinariedad, Morelia, México.

- United Nations Population Fund Mexico. [UNFPA México]. (18 de octubre de 2019). Si desde el nacimiento se respetan nuestros derechos, algo en el ser de quien llega a la vida se graba [Imagen adjunta] [Publicación de estado]. Facebook. <https://web.facebook.com/UNFPA.Mx/photos/a.326196340729560/3144590388890127/>
- United Nations Population Found (2021). Mi cuerpo me pertenece. Reclamar el derecho a la autonomía y a la autodeterminación. UNFPA.
- Valverde Caman, F. y Espinoza Aguilar, E. L. (2021). La violencia obstétrica en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Lumen* 17(2), 360-371.
- Venegas Chamorro, D., Santos González, C. y Sánchez Casanova, W. M. (01 de febrero de 2024). Acompañamiento a mujeres puérperas con énfasis en el ciclo menstrual y sexualidad. Aula Provisional. <https://aulaprovisional.blogspot.com/2024/02/profesionales-del-area-de-salud-de-la.html>
- Wallerstein, I. (2012). El capitalismo histórico. Siglo XXI.
- World Health Organization (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Transforming care of women and babies for improved health and well-being. WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>
- World Health Organization (2021). Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy and childbirth. WHO. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>
- World Intellectual Property Organization (2010). List and Brief Technical Explanation of Various Forms in which Traditional Knowledge May be Found. WIPO. [https://www.wipo.int/edocs/mdocs/tk/en/wipo\\_grtkf\\_ic\\_17/wipo\\_grtkf\\_ic\\_17\\_inf\\_9.pdf](https://www.wipo.int/edocs/mdocs/tk/en/wipo_grtkf_ic_17/wipo_grtkf_ic_17_inf_9.pdf)