

Agosto de 2026
Número 22

Accountability Working Paper



Gobernar el nacimiento: participación, disputas y asimetrías en la creación de una política pública sobre partería en México

Graciela Freyermuth Enciso

Hilda E. Argüello Avendaño



Acerca del Centro de Investigación en Rendición de Cuentas

El Centro de Investigación en Rendición de Cuentas (ARC, del inglés Accountability Research Center) tiene su sede en la *School of International Service de la American University*. El ARC crea puentes entre la investigación y las perspectivas de primera línea para aprender de las ideas, instituciones y personas que promueven estrategias para mejorar la transparencia, la participación y la rendición de cuentas. Para más información, consulte www.accountabilityresearch.org.

Acerca de las publicaciones del ARC

Las publicaciones del ARC sirven de plataforma para que estrategias e investigadores de la rendición de cuentas compartan sus experiencias y puntos de vista con una diversa variedad de lectores y aliados potenciales de distintas áreas temáticas y sectores. Estas publicaciones enmarcan iniciativas locales y nacionales distintivas en términos que abordan cuestiones clave en el campo de la transparencia, la participación y la rendición de cuentas. Para más información, consulte www.accountabilityresearch.org/publications.

Derechos y permisos



El material de esta publicación está protegido por derechos de autor bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0 Unported (CC BY 4.0). Si traduce esta publicación a otro idioma, por favor agregue el siguiente descargo de responsabilidad junto con la atribución: Esta traducción no fue creada por el Accountability Research Center (ARC) y el ARC no se hace responsable de ningún error de traducción.

Favor citar este trabajo de la siguiente manera: Freyermuth Enciso, Graciela e Hilda E. Argüello Avendaño. 2026. "Gobernar el nacimiento: participación, disputas y asimetrías en la creación de una política pública sobre partería en México". Accountability Working Paper 22. Accountability Research Center. <http://doi.org/10.57912/32984063>.

Contenido

Siglas y acrónimos.....	6
Resumen	7
1. Introducción.....	8
2. Metodología.....	10
3. Configuraciones de la partería en México: un campo en disputa	12
3.1 Parteras tradicionales: saber comunitario y control estatal	13
3.2 Enfermeras obstetras: de figura central a rol subordinado	15
3.3 Partería profesional contemporánea: entre el sistema y la autonomía	17
3.4 Un campo heterogéneo frente a una norma única	19
4. Génesis de la norma sobre partería	20
5. La disputa por la regulación: el anteproyecto de 2022 y la respuesta de las parteras tradicionales	23
5.1 La respuesta desde las comunidades y las organizaciones.....	24
5.2 Una consulta que no lo fue	25
5.3 El primer anteproyecto se estanca	26
6. Desplazamiento del objeto normativo: de la partería tradicional al establecimiento de salud	27
6.1 Lo que el borrador decía sobre la partería tradicional	27
6.2 El Grupo de Trabajo y los cambios antes de la publicación	28
6.3 Lo que cambió en el Grupo de Trabajo: avances, limitaciones y ambigüedades	28
7. El debate público: redes sociales, consulta formal y reacciones a la norma publicada ...	31
7.1 Las voces favorables: reconocimiento histórico y expectativas sanitarias.....	31
7.2 Las voces críticas: autonomía, criminalización y consulta ausente	32
7.3 La consulta pública: actores, argumentos y propuestas.....	32
8. Las respuestas oficiales: a quién escuchó el Estado y a quién no	38
8.1 Las usuarias: testimonios desestimados por improcedentes	39
8.2 Redes de parteras: demandas de autonomía ante un marco que no cede	40
8.3 Parteras: ajustes de lenguaje, rechazo a los cambios estructurales.....	41
8.4 Profesionistas: aceptación técnica, rechazo a los cambios de fondo.....	42
8.5 ONG: incidencia parcial en un marco que no se transforma.....	42

8.6 Funcionariado: la mayor tasa de aceptación, pero también con límites	43
8.7 Un patrón que se sostiene	43
9. El debate después de la norma: continuidades y nuevas lecturas.....	44
9.1 De la esperanza a la consagración: el discurso favorable después de la publicación. 44	
9.2 La crítica que no cedió: continuidad y profundización	44
9.3 Dos lecturas de la misma norma	45
10. Conclusiones	46
10.1 Lo que el proceso de consulta reveló: quién pudo ser escuchado y en qué condiciones	46
10.2 La deuda pendiente: consulta indígena y reconocimiento constitucional	47
10.3 Lecciones para la incidencia y para las autoridades	47
Bibliografía	51

Sobre las autoras

María Graciela Freyermuth Enciso es doctora en Antropología Social e investigadora titular del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Sureste. Sus intereses se han centrado en temas como salud reproductiva, violencia de género, políticas de salud en contexto multicultural, migración y VIH-sida, así como transparencia y rendición de cuentas, particularmente en relación con la muerte materna y femenina en regiones indígenas y en el ámbito nacional. Es autora y coautora de diez libros y ha publicado varias docenas de artículos científicos y de divulgación. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores de México y ha recibido distinciones académicas a nivel nacional y estatal. gracielafreyermuth54@hotmail.com

Hilda Eugenia Argüello Avendaño es doctora en Antropología Social y Comunicación, y actualmente se desempeña como secretaria técnica del Observatorio de Mortalidad Materna en México. Su experiencia de investigación se ha centrado en temas como el monitoreo de servicios de salud; transparencia y rendición de cuentas en salud materna en México; partería; mortalidad materna en zonas indígenas; salud sexual y reproductiva de adolescentes indígenas, y acceso a servicios de salud. Desde 2023 coordina un proyecto de fortalecimiento dirigido a activistas que trabajan por la defensa del derecho a la salud de primera línea, impulsado a través del Comité Promotor por una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas. hildaomm@outlook.com

Agradecimientos

Las autoras desean agradecer a Fabiola Hernández López por su participación en la elaboración de la base de datos de redes sociales, a Esther Vázquez-Peñate por su participación en las bases de comentarios y respuesta a comentarios, y a Jonathan Fox y Walter Flores por sus atinadas observaciones en las distintas versiones del artículo. A las y los integrantes del seminario Anthropos Salud por sus observaciones a la última versión del artículo. A Juan Carlos Martínez Pérez, comunicólogo y fotógrafo del Observatorio de Mortalidad Materna en México por las fotos cedidas para esta publicación. A Isabel Rodríguez Ramos por su revisión final de estilo y la adecuación a las normas de ARC y a Karen Brock por la supervisión editorial. Agradecemos a Margaret A. Cargill Philanthropies por su apoyo financiero a esta iniciativa a través del programa de Salud Materna e Infantil.

Se utilizó la Inteligencia Artificial (IA) para la validación de códigos en las últimas versiones de las bases de datos, para la revisión de ortografía y puntuación de las entrevistas, para la elaboración de resúmenes de notas de redes sociales destinados a la elaboración de la base de datos y para la revisión de redacción.

Siglas y acrónimos

CAMI	Casas de la Mujer Indígena
CCNNSP	Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (por sus siglas en inglés)
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAMER	Comisión Nacional de Mejora Regulatoria
CONAMI	Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
DOF	Diario Oficial de la Federación
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
ENEO	Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
ESEO	Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia
FENO-UNAM	Facultad de Enfermería y Obstetricia-Universidad Nacional Autónoma de México
ICM	Confederación Internacional de Matronas (por sus siglas en inglés)
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INPI	Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas
IPN	Instituto Politécnico Nacional
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LPR	Salas de labor-parto-recuperación
SEMAR	Secretaría de Marina
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PRONACES	Programas Nacionales Estratégicos
ReNaPa	Registro Nacional de Parteras
RNPSP	Registro Nacional de Personas que Brindan Servicios de Partería Profesional
SEP	Secretaría de Educación Pública
SINAC	Subsistema de Información sobre Nacimientos
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

Resumen

En este trabajo se analiza la elaboración, consulta pública, revisión y publicación de la NOM-020-SSA-2025, norma oficial mexicana sobre establecimientos de salud y reconocimiento de la partería en la atención materna y neonatal. Con un enfoque socioantropológico, se examinan las controversias, los argumentos y las respuestas institucionales que emergieron a lo largo del proceso normativo, prestando especial atención a las posiciones de parteras profesionales, tradicionales, autónomas, usuarias, organizaciones civiles y funcionariado público.

La partería en México ha estado marcada por tensiones entre saberes comunitarios y el modelo biomédico. Desde mediados del siglo XX, la medicalización desplazó a las parteras tradicionales. A finales del mismo siglo, movimientos sociales y de derechos humanos cuestionaron este modelo por violencia obstétrica y exclusión cultural. Desde 2018, la partería profesional impulsó su reconocimiento institucional, logrando incorporar demandas en el anteproyecto. En cambio, las parteras tradicionales frenaron un anteproyecto previo mediante movilización social, pero su negativa a integrarse al Grupo de Trabajo limitó su incidencia.

En el estudio se utiliza la teoría del actor-red (Latour) para rastrear controversias, y el modelo argumentativo de Toulmin para seguir los argumentos y rastrear cómo distintos actores se articulan en la construcción de la partería como objeto normativo. El corpus incluye: versiones de la NOM, bases de datos con 593 respuestas oficiales, comentarios con 1 489 argumentos y 1 554 propuestas ciudadanas, redes sociales con 694 observaciones, además de entrevistas y observación.

La participación ciudadana fue amplia, pero asimétrica. Solo se aceptaron propuestas alineadas con garantías jurídico-técnicas del Estado (compatibilidad legal, viabilidad administrativa). Usuarías: 100 por ciento de sus comentarios fueron rechazados por considerarse experiencias individuales sin sustento normativo. Parteras autónomas: lograron modificaciones menores, pero sus demandas centrales (autonomía, control comunitario) fueron rechazadas. Parteras tradicionales: obtuvieron reconocimiento discursivo, pero sin respuesta a sus exigencias de consulta indígena y procedimientos independientes de certificación. Organizaciones civiles: avanzaron en enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad. Funcionariado: también recibió alto rechazo cuando propuso alterar la estructura central del modelo regulatorio.

Incidir en grupos técnicos desde fases tempranas es decisivo. La consulta pública favorece argumentos traducibles al lenguaje jurídico, excluyendo saberes experienciales. La movilización social visibiliza problemas, pero no transforma contenidos sin interlocución institucional sostenida.

La NOM-020 refleja una participación ambivalente: amplía espacios formales y reconoce discursivamente la diversidad, pero mantiene control estatal sobre los criterios de validez. La norma menciona, pero no consulta plenamente; integra ajustes, pero no transforma relaciones de poder. Más que cerrar el debate, abre una nueva etapa sobre gobernanza reproductiva, autonomía de la partería y justicia en México.

1. Introducción

En México, las normas oficiales mexicanas (NOM) son reglamentos técnicos jurídicamente vinculantes para quienes se encuentran dentro de su ámbito de aplicación. En el caso particular de la salud, incluyen el tratamiento y diagnóstico de problemas específicos; al ser establecidas por la Secretaría de Salud, tienen como objetivo garantizar la calidad y seguridad de los servicios. Su sustento legal se encuentra en la Ley de Infraestructura de la Calidad —antes de 2020, en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización—, cuyas disposiciones son de observancia general y obligatoria en todo el territorio nacional (Gobierno de México 2009, 2020).

Más allá de su función técnica, las NOM constituyen una herramienta clave en la política regulatoria del Estado mexicano, con potencial para abrir espacios de participación ciudadana, transparencia y rendición de cuentas. En el área de la salud, definen cómo deben realizarse determinados procesos de atención, qué insumos son aceptables y qué requisitos deben cumplir las instituciones y el personal de salud. Se formulan en comités donde participan distintas instancias —dependencias gubernamentales, academias, colegios profesionales y representantes del sector productivo y empresarial—, lo que les otorga una apariencia de pluralidad, aunque en la práctica mantienen una lógica técnico-corporativa que limita la participación de organizaciones ciudadanas y de la sociedad civil. Sin embargo, el procedimiento formal de elaboración incluye una consulta pública durante la cual cualquier persona u organización puede presentar comentarios, y las respuestas oficiales deben publicarse en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF). Esta característica, inusual en los mecanismos de consulta ciudadana, permite seguir la trazabilidad de las decisiones y observar cómo el Estado justifica, ajusta o descarta sus criterios de regulación.

En este artículo se analiza precisamente ese proceso en el caso del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-020-SSA-2024 y su versión final, la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025, relativas a los establecimientos de salud y a la práctica de la partería en la atención integral materna y neonatal (CONAMER 2024; Gobierno de México 2024a, 2025b). Se trata, además, de la primera vez en México que se elabora un documento normativo que incluye la partería en su conjunto, lo que convierte este proceso en un hito regulatorio de singular relevancia.

El objetivo de este estudio es analizar cómo se produjo y legitimó la NOM-020 mencionada como dispositivo de gobernanza del nacimiento, y en qué medida su texto final incorpora las demandas de parteras y usuarias sobre sus derechos. Para ello, nos planteamos dos preguntas centrales: ¿cómo participaron, negociaron y disputaron distintos actores los términos de esta regulación a lo largo de su proceso de elaboración? y ¿cómo procesó el Estado —aceptando, modificando o rechazando— las demandas que emergieron durante la consulta pública?

Estas preguntas remiten a debates más amplios sobre gobernanza, participación ciudadana y los límites del reconocimiento estatal de saberes comunitarios. En cuanto a los mecanismos formales de consulta pública que rodean a la NOM, estos ofrecen una ventana privilegiada para observar cómo distintos actores —parteras, usuarias de servicios de salud, organizaciones civiles, instituciones académicas y dependencias públicas— participan en la construcción de políticas de salud materna, y para identificar las asimetrías de poder que estructuran ese proceso.

El análisis se apoya en la teoría del actor-red propuesta por Bruno Latour (2008). Este marco no parte de definiciones cerradas sobre la partería, sino que sigue las controversias que se despliegan en torno a la NOM-020, atendiendo de manera simétrica a actores humanos y no humanos —distintas versiones de la norma, plataformas digitales, redes sociales y dispositivos administrativos— y observando cómo las identidades, posiciones y alianzas se construyen y disputan en el proceso mismo. En este trabajo, las controversias se entienden como las diferencias o desacuerdos entre lo planteado en el texto de la NOM y los puntos de vista de las personas, colectivos o instituciones que participaron en la consulta pública.

El artículo se organiza en diez apartados incluyendo esta introducción. El segundo apartado presenta la metodología: las fuentes, las bases de datos construidas y los marcos analíticos que guían los hallazgos y la discusión. En el tercero se describen el campo heterogéneo de la partería en México y los actores que lo conforman, como contexto necesario para comprender el debate normativo. El cuarto reconstruye la génesis de la NOM-020 y los antecedentes políticos e institucionales que la hicieron posible. En el quinto se analizan el primer anteproyecto de 2022 y la respuesta de las parteras tradicionales que condujo a su estancamiento. En el sexto se examina el desplazamiento del objeto normativo entre 2022 y 2024 y los cambios introducidos por el Grupo de Trabajo antes de la publicación del proyecto. El séptimo sigue el debate público en redes sociales durante el periodo de consulta y en la plataforma oficial de la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria (CONAMER), donde distintos actores disputaron el contenido final de la norma. En el octavo se analizan las respuestas oficiales a los comentarios ciudadanos, identificando los patrones de aceptación y rechazo según el tipo de actor y la naturaleza de los argumentos presentados. El noveno examina cómo evolucionó el debate en redes sociales y medios digitales después de la publicación de la norma definitiva, identificando continuidades, nuevas articulaciones y las dos lecturas divergentes que coexisten en torno a la NOM-020-SSA-2025. El artículo cierra con el décimo apartado, dedicado a las conclusiones, en el que se señalan las implicaciones de este proceso para la participación ciudadana, la gobernanza intercultural y el diseño de políticas de salud materna, e incluye aprendizajes concretos para organizaciones que buscan incidir en procesos normativos similares.

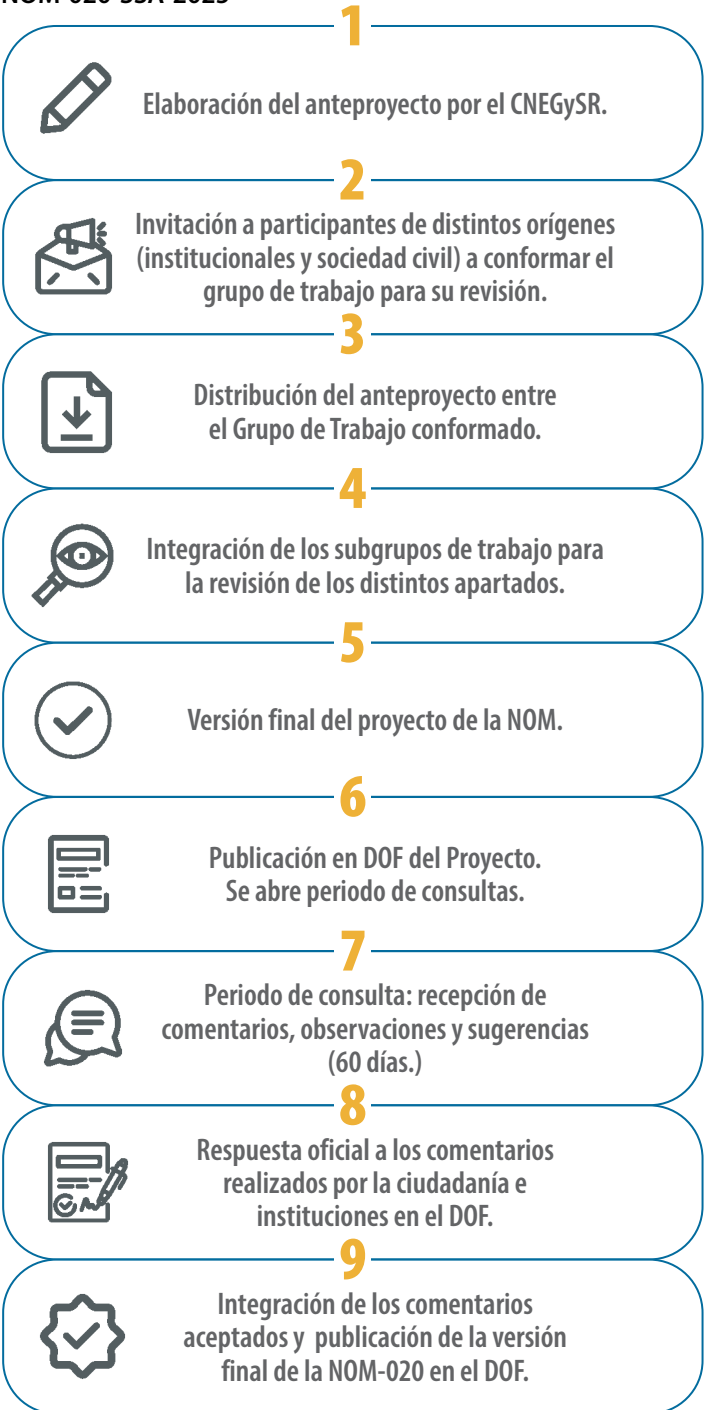
2. Metodología

En este estudio se analizan las controversias suscitadas en torno a la NOM-020 a lo largo de todo su proceso de elaboración: desde los primeros borradores hasta la publicación de la versión definitiva, así como las reacciones que generó. La creación de una NOM implica una serie de pasos o etapas, las cuales se describen en la Figura 1. Identificar esta secuencia permitirá al lector o lectora ubicar los momentos clave en los que los distintos actores involucrados propiciaron modificaciones en el contenido de la norma, hasta llegar a su versión final.

La importancia de este trabajo radica en que, aunque desde 1992 existe un procedimiento de participación ciudadana en la elaboración de las NOM, no hay estudios que den cuenta de las implicaciones de cada una de las etapas de este proceso.¹ En tal sentido, este análisis puede resultar relevante para tomadores de decisión, estudiosos de la política pública y representantes de la sociedad civil, pues no solo se documenta el proceso mediante el cual se construye el contenido técnico de la regulación, sino también de qué manera la población participa y cómo el Estado responde, es decir, a quién escucha y de qué manera se hace responsable frente a la sociedad.

El corpus empírico se construyó entre enero y diciembre de 2025 a partir de cuatro grandes fuentes. La primera fuente es el propio expediente normativo: las cuatro versiones de la norma — las cuatro versiones de la norma: el anteproyecto de 2022, cuyo proceso se suspendió; el nuevo anteproyecto de 2023; el proyecto publicado para consulta pública en 2024; y la versión final de la NOM-020 publicada en 2025—, así como las leyes, decretos, reglamentos e informes que enmarcan su elaboración, a partir de los cuales se estructuró un documento de síntesis sobre los procedimientos normativos. La revisión bibliográfica sobre estudios previos en torno a la NOM se realizó en PubMed, Google Académico y SciSpace.

Figura 1. Resumen del proceso de elaboración de la NOM-020-SSA-2025



Fuente: Hilda Argüello, a partir del proceso de elaboración del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-020-SSA-2024 y la NOM-020-SSA-2025.

La segunda fuente son los comentarios presentados durante la consulta pública del PROY-NOM-020-SSA-2024 en la plataforma de la CONAMER. Esta fuente dio lugar a cuatro bases de datos complementarias. La primera sistematiza los argumentos y propuestas de los 284 firmantes (1 554 argumentos y 1 489 propuestas). En la segunda se registraron los actores y organizaciones que participaron en el debate: de los 284 firmantes fue posible identificar a 210 (74 por ciento), lo que permitió construir un mapa de actores; a partir de esta base se elaboró una adicional con el perfil de las 52 organizaciones participantes o relevantes para el tema, reconstruido mediante búsquedas en Google, ChatGPT y Perplexity. La cuarta base se construyó a partir de las respuestas oficiales a los comentarios publicadas en el DOF el 17 de febrero de 2025 (Gobierno de México 2025a), e incluye para cada entrada el número asignado, el identificador, el nombre del comentarista, el comentario, la respuesta institucional, el nivel de aceptación y las modificaciones o aclaraciones realizadas (593 observaciones). Esta base es central para el análisis, pues permite identificar de manera sistemática qué argumentos fueron aceptados, cuáles rechazados y con qué justificaciones.

La tercera fuente es el debate público en redes sociales y medios digitales: se realizó una búsqueda sistemática de publicaciones en X, Facebook, Instagram, TikTok, YouTube y sitios de prensa entre 2022 y 2025 (Freyermuth y Hernández 2025). Las publicaciones fueron seleccionadas, resumidas con apoyo de ChatGPT, respetando el texto original, y organizadas en una base de datos con categorías fijas —plataforma, fecha, tipo de actor, texto, reacciones, tema principal y posición frente a la norma—, lo que permitió su comparación sistemática (694 observaciones).

La cuarta fuente son entrevistas y espacios de diálogo con quince personas que participaron en distintas etapas del proceso, complementadas con pláticas informales y un conversatorio con nueve personas (682 fichas de trabajo).]

Todas las bases se procesaron en Excel mediante tablas dinámicas y codificación temática. La validación de códigos se realizó con apoyo de ChatGPT, lo que implicó algunas recodificaciones de la base de actores y organizaciones.

El análisis se apoya en dos herramientas conceptuales. La primera es la teoría del actor-red de Bruno Latour (2008), que nos permitió tratar de manera simétrica a actores humanos —parteras, funcionarias, usuarias, investigadoras, legisladoras, gestores de medios— y no humanos —versiones de la norma, plataformas digitales, certificados de nacimiento, padrones, protocolos y dispositivos administrativos—, para observar cómo sus identidades y alianzas se construyen en el proceso mismo del debate. Desde este enfoque, entendemos las controversias como las diferencias entre lo planteado en el texto de la NOM y los puntos de vista de quienes participaron en la consulta pública. Estas controversias no se producen en un solo espacio: se despliegan en foros, asambleas, consultas públicas, servicios de salud y redes sociales, escenarios donde se negocia de manera explícita e implícita qué es la partería, quién puede ser reconocida como partera y en qué condiciones se legitima o no su participación en el sistema de salud.

La segunda herramienta es el modelo de argumentación de Stephen Toulmin (2003), aplicado específicamente al análisis de las respuestas oficiales. Este modelo permite identificar qué afirmaciones hace la autoridad en salud, qué datos considera válidos y qué reglas utiliza para aceptar o rechazar un planteamiento. Su uso fue especialmente útil para evidenciar las asimetrías entre los argumentos de usuarias, parteras y organizaciones de la sociedad civil, formulados frecuentemente en términos de derechos y experiencia vivida, y las respuestas institucionales, que los filtran a través de criterios técnico-jurídicos.

Finalmente, es importante señalar que este análisis parte del supuesto, propio de la teoría del actor-red, de que las investigadoras no ocupan una posición de exterioridad respecto del campo analizado. El propósito no es clasificar a las parteras ni fijar categorías de antemano, sino seguir las controversias y observar cómo los distintos actores se nombran, disputan y articulan a lo largo del proceso.

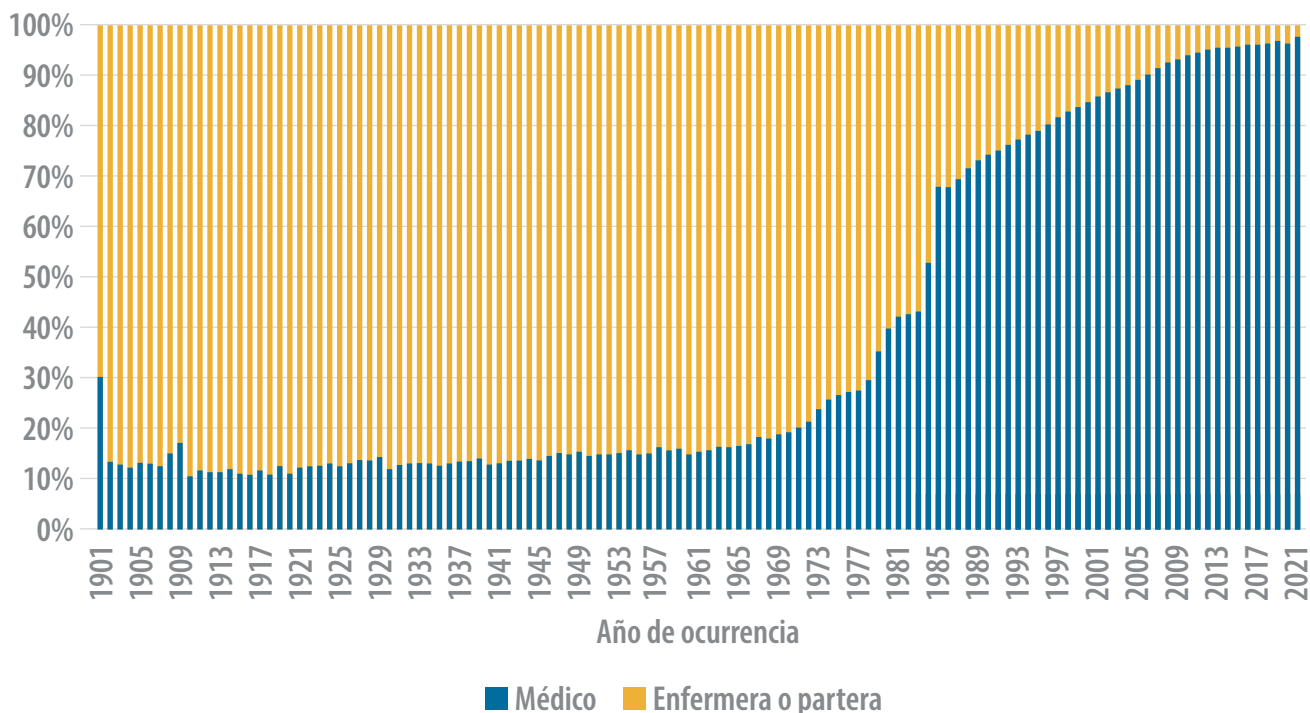
3. Configuraciones de la partería en México: un campo en disputa

En México, la atención del parto ha estado históricamente ligada a diferentes figuras de partería, cuya posición en el sistema de salud ha cambiado de manera drástica a lo largo del siglo XX y principios del XXI. Hasta la primera mitad del siglo XX, las parteras eran las responsables de atender la mayoría de los nacimientos, principalmente en el ámbito domiciliario. Con la expansión de la medicina hospitalaria y la formación masiva de médicos y médicas, la atención del parto se desplazó progresivamente hacia el ámbito institucional; hacia finales del siglo XX, el modelo dominante fue el parto hospitalario dirigido por personal médico. Ha sido un proceso largo en el que la práctica de la partería se ha visto progresivamente marginada.

Las cifras actuales ilustran esta marginalización, aunque deben leerse con cautela. En 2024, a nivel nacional el 98 por ciento de los partos registrados en México a través de certificados de nacimiento, según las bases del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), fueron atendidos por médicas y médicos. Solo el 1.8 por ciento se registró como atendido por parteras y el 0.2 por ciento por enfermeras (Secretaría de Salud 2024). Esta proporción cambia cuando se analiza la población indígena a nivel nacional, entre la cual la atención por parteras alcanza el 10 por ciento. En el estado de Chiapas, el 10 por ciento de los partos son atendidos por parteras, una cifra muy superior al promedio nacional (1.8 por ciento) y, si se considera únicamente a la población indígena, el porcentaje asciende al 27 por ciento. Es importante señalar que las bases del SINAC se publican por año y, aunque se siguen actualizando, generalmente subestiman la presencia real de la partería.

Las bases de datos de nacimientos publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se generan a través de certificados de nacimiento. Para expedir estas actas generalmente se requiere del certificado de nacimiento, documento que suele obtenerse más fácilmente cuando el parto ocurre en un hospital o con personal médico. El acta de nacimiento es un trámite que puede realizarse de manera más tardía cuando los padres requieren el documento para algún trámite; sin embargo, cuando el parto es atendido por una partera puede tardar más ya que ellas no cuentan con certificados de nacimiento, lo que genera registros extemporáneos. Si se revisan las actas de nacimiento, las estadísticas indican que el 93 por ciento de los partos fueron atendidos por personal médico (porcentaje menor que el reportado por el SINAC) y que parteras y enfermeras participan con apenas el uno por ciento. Pero al revisar los datos de Chiapas, los partos atendidos por parteras ascienden al 22 por ciento, el 58 por ciento por profesionales médicos y en el 20 por ciento de los casos no se especifica quién los atendió (INEGI 2024). Las diferencias entre las bases de datos muestran la complejidad de los registros y, en suma, no reflejan del todo una práctica que persiste, especialmente en comunidades indígenas y rurales, al margen de los registros oficiales.

Figura 2. México. Personas que atendieron partos, 1985-2021



Fuente: Freyermuth y Vázquez (en prensa), a partir de la base de datos de nacimiento 1985-2021.

Nota: La serie corresponde a los registros sistematizados a partir de 1985, cuando se alcanzó cobertura nacional. Los nacimientos extemporáneos previos ofrecen un proxy de tendencias anteriores, aunque con representación parcial de la población.

En este proceso se configuraron, de manera desigual y a menudo conflictiva, tres grandes campos de actores vinculados a la partería: (a) las parteras tradicionales, (b) las enfermeras obstetras y (c) las parteras profesionales contemporáneas, categoría esta última que incluye a parteras técnicas vinculadas al sector público y a parteras autónomas o en la tradición que ejercen en el ámbito privado y comunitario. Cada uno de estos grupos presenta trayectorias históricas, formas de organización, modalidades de formación y agendas políticas diferenciadas, configurando un campo profundamente heterogéneo. Comprender esa diversidad resulta indispensable para analizar el objeto regulatorio de la NOM-020 y las controversias que suscitó, por lo que los siguientes apartados describen las características de cada uno de estos grupos.

3.1 Parteras tradicionales: saber comunitario y control estatal

La figura más persistente a lo largo del siglo XX ha sido la de las llamadas parteras tradicionales, indígenas o mestizas, rurales o urbanas, reconocidas por sus comunidades y con un saber adquirido por observación, experiencia y transmisión intergeneracional. Desde la década de 1930, el Estado ha desplegado diversos programas para “adiestrar” a estas parteras: primero como auxiliares de la atención materna, después como promotoras de planificación familiar en los años setenta y, más tarde, como eslabones de programas materno-infantiles. Su inclusión, sin embargo, ha sido fundamentalmente instrumental: las parteras han sido útiles para cubrir carencias estructurales del sistema de salud, pero rara vez han sido reconocidas en sus propios términos ni incorporadas como sujetas con derechos profesionales y autonomía.



La partera tradicional Doña Petrona en su consultorio, contemplando las fotos de recuerdo de mujeres y bebés que ha atendido.

Crédito: Juan Carlos Martínez

A partir del siglo XXI, la política de institucionalización hospitalaria del parto, reforzada en México por el Seguro Popular² y los programas de transferencias condicionadas, replegó aún más la presencia de las parteras, al imponer nuevas barreras normativas, técnicas y jurídicas que amenazaron su continuidad (Freyermuth 2024). En el plano técnico-organizativo, se excluyó progresivamente el primer nivel de atención de la resolución del parto, práctica que se concentró en unidades hospitalarias y consolidó la hospitalización como modelo predominante, desplazando otras modalidades de cuidado. En el terreno jurídico-administrativo, la exigencia del certificado de nacimiento, expedido por personal de salud autorizado, como requisito para la inscripción del nacimiento en el Registro Civil (acta de nacimiento), introdujo un mecanismo que, en la práctica, resultó mucho más accesible para la atención médica institucional que para la partería, generando obstáculos adicionales para esta última (Freyermuth 2024).

Frente a este contexto, las parteras tradicionales comenzaron a articularse en distintos espacios. Primero en el marco más amplio de la medicina tradicional; más tarde, a finales de los años noventa, algunas se vincularon a los movimientos de mujeres indígenas, como la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (CONAMI), aunque en este caso la partería no fue el eje central de la agenda. En 2014, como respuesta a las políticas de institucionalización del parto, se conformó en Chiapas el Movimiento de Parteras Tradicionales Nich Ixim. Posteriormente se creó la Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional en México, que agrupa a parteras tradicionales, autónomas, indígenas y mestizas, rurales y urbanas, las Casas de la Mujer Indígena (CAMI³) y organizaciones aliadas de la sociedad civil. Sus propósitos centrales son: defender la partería tradicional como un sistema de salud real e integral, culturalmente respetuoso y no violento; exigir el derecho a ejercer sin hostigamiento ni prohibiciones; garantizar que las parteras puedan expedir constancias u hojas de alumbramiento reconocidas por el Registro Civil; y reclamar su participación en la elaboración de cualquier norma o ley que pretenda regular su práctica, con base en los derechos colectivos, la justicia social intercultural, la autonomía de los pueblos y el respeto a los conocimientos ancestrales.

Tabla 1a. Cuadro comparativo. México. Partería contemporánea: parteras tradicionales

Dimensión	Parteras tradicionales
Origen histórico	Práctica histórica persistente; anteceden a la institucionalización del parto
Formación	Transmisión intergeneracional, observación y práctica comunitaria
Tipo de saber predominante	Saber tradicional, empírico y comunitario
Relación con el sistema de salud	Históricamente subordinada, instrumental o marginal
Estatus legal y administrativo	Reconocimiento comunitario; reconocimiento legal constitucional
Espacio principal de atención	Comunidad, domicilio, espacios comunitarios
Modelo de atención al parto	Comunitario, culturalmente situado
Relación con mujeres y familias	Cercana, prolongada, basada en confianza comunitaria
Relación con prácticas culturales y espirituales	Central (rituales, lengua, cosmovisión)
Inserción organizativa	Organizadas en movimientos y redes de medicina tradicional; la gran mayoría no organizada
Principales reivindicaciones	Derecho a ejercer sin criminalización; reconocimiento legal; certificación de nacimientos
Posición frente a la NOM-020	Crítica por riesgo de exclusión, criminalización y control normativo
Apartado en la NOM-020 que las regula	Parteras tradicionales: 7. De la Vinculación del Sistema de Salud con la Partería Tradicional

Fuente: Graciela Freyermuth a partir de Goodman y Torres 2015; Coronado 2015; Rosenthal 2015; Galante 2015; Freyermuth y Argüello 2015; Sesia y Berrio 2023; Freyermuth 2024; entrevistas 2025 sobre el proyecto de NOM-020

3.2 Enfermeras obstetras: de figura central a rol subordinado

La historia de las enfermeras obstetras en México da cuenta de una profesión que alcanzó un lugar central en la atención materna y que después fue sistemáticamente desplazada. En 1905 comenzó en el Hospital General de México la formación en enfermería con énfasis en la atención materna, dirigida inicialmente a mujeres viudas. Estas enfermeras-parteras atendían partos y complicaciones menores. La formación universitaria en obstetricia alcanzó su auge entre las décadas de 1920 y 1950, en sintonía con las recomendaciones internacionales: en 1952, el Comité de Expertos para la Formación Profesional de Parteras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugirió que el personal de enfermería se formara en partería, particularmente en contextos con servicios de maternidad poco desarrollados (OMS 1955). A partir de estas directrices se definieron los perfiles y los campos de la partería —tradicional o empírica, auxiliar, graduada/enfermera-partera— y se consolidaron instituciones como la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO) del Instituto Politécnico Nacional (IPN).

Pese a este impulso, en México las parteras profesionales dejaron de ser contratadas a partir de 1950 y, hacia 1960, se les prohibió atender partos. La formación de partería como licenciatura desapareció como tal y las enfermeras obstetras egresadas pasaron a ocupar principalmente puestos administrativos y de jefatura. La creación de las especialidades médicas universitarias y la formación masiva de ginecobstetras reforzó esta sustitución: se consideró que los médicos generales y especialistas podían cumplir las funciones antes desempeñadas por las parteras, y como consecuencia se relegó a las enfermeras obstétricas a un rol subordinado dentro del modelo hospitalario (OMS 1966).

En paralelo, y en el marco de un impulso internacional para fortalecer la partería en México (UNFPA 2011, 2012), se desarrollaron intentos de articulación gremial que culminaron en la creación de una asociación de parteras profesionales integrada por enfermeras perinatales. Tras una primera experiencia asociativa marcada por tensiones internas y por el bloqueo de proyectos de profesionalización orientados al ingreso a la Confederación Internacional de Matronas (ICM, por sus siglas en inglés), se optó por transformar una asociación preexistente de enfermeras obstetras y perinatales, creada en 2005, en una asociación de parteras profesionales que integrara los distintos “caminos” de la partería en el país. Mediante la reforma de sus estatutos, la organización de congresos y el desarrollo de instrumentos técnicos requeridos por la ICM, en 2019 se constituyó una nueva entidad con una base de entre 250 y 300 parteras —técnicas, egresadas universitarias, autónomas y algunas tradicionales— que, sin asumir formalmente la función de regular la práctica, busca articular esta diversidad y evitar la fragmentación gremial.⁴

Tabla 1b. Cuadro comparativo. México. Partería contemporánea: licenciadas en enfermería y obstetricia / especialistas perinatales

Dimensión	Licenciadas en enfermería y obstetricia / especialistas perinatales
Origen histórico	Derivan de la profesionalización universitaria de enfermería y obstetricia en el siglo XX
Formación	Formación universitaria formal (licenciatura en enfermería y obstetricia y especialidad o posgrado en enfermería perinatal)
Tipo de saber predominante	Saber biomédico institucional y hospitalario
Relación con el sistema de salud	Inserción plena en instituciones hospitalarias
Estatus legal y administrativo	Reconocimiento legal pleno como personal de salud
Espacio principal de atención	Hospitales, unidades médicas, casas de parto
Modelo de atención al parto	Modelo médico-hospitalario centrado en las necesidades de la mujer
Relación con mujeres y familias	Variable dependiendo del espacio de atención; relación mediada por protocolos institucionales
Relación con prácticas culturales y espirituales	Selectiva, en algunos casos incorporada
Inserción organizativa	Asociaciones profesionales y estructuras institucionales
Principales reivindicaciones	Reconocimiento profesional dentro del sistema médico
Posición frente a la NOM-020	Favorable por el reconocimiento del uso de medicamentos de manera autónoma y la atención autónoma de partos de primer nivel
Apartado en la NOM-020 que las regula	Licenciada en enfermería y obstétrica: 6.3.1.4 Licenciatura en Enfermería y Obstetricia / 6.3.1.5 Especialidad en Enfermería Perinatal

Fuente: Graciela Freyermuth a partir de Goodman y Torres 2015; Coronado 2015; Rosenthal 2015; Galante 2015; Freyermuth y Argüello 2015; Sesia y Berrio 2023; Freyermuth 2024; entrevistas 2025 sobre el proyecto de NOM-020

3.3 Partería profesional contemporánea: entre el sistema y la autonomía

Este tercer campo se encuentra estrechamente ligado al movimiento latinoamericano de parto humanizado o parto respetado, cuyo nombre se consolidó en un encuentro internacional realizado en 1985 en Fortaleza, Brasil. A finales del siglo XX, diversas mujeres, formadas en el extranjero, en diplomados o de manera autodidacta, comenzaron a crear formas alternativas de atención al parto inspiradas en este movimiento. En México se instalaron entre 1996 y 2011 cuatro escuelas que marcarían de manera importante el perfil de la partería profesional (Coronado 2015; Galante 2015; Goodman y Torres 2015; Rosenthal 2015).

Estas escuelas comparten varias características: forman sobre todo a mujeres jóvenes de origen rural o semiurbano, muchas de ellas indígenas y de bajos recursos, proporcionándoles competencias biomédicas sólidas alineadas con los estándares internacionales para “asistentes calificados” en el parto. Más allá de sus diferencias, la partería profesional se sustenta en una visión compartida: la maternidad es un proceso fisiológico que no requiere medicalización rutinaria; la atención debe centrarse en la mujer y su familia como protagonistas de un evento significativo; el empoderamiento mediante información, acompañamiento y confianza es condición clave para el buen desarrollo del parto; y la violencia obstétrica y patriarcal debe ser denunciada y erradicada.



Una de las actividades importantes que llevan a cabo las parteras técnicas-autónomas, como Betty Flores, es ofrecer consultas durante los primeros meses de vida del bebé.

Crédito: Juan Carlos Martínez

En este modelo de partería profesional pueden distinguirse, al menos analíticamente, dos grandes subgrupos. Por un lado, se encuentran las parteras profesionales técnicas, formadas en escuelas con reconocimiento oficial, certificadas e insertas en el sector público. Aunque comparten los principios del parto humanizado, su práctica cotidiana está constreñida por el modelo médico hegemónico y las rutinas hospitalarias, lo que en muchos casos dificulta que puedan brindar una atención acorde con el “espíritu” del parto humanizado. Por otro lado, las parteras profesionales autónomas trabajan en el ámbito privado y comunitario, reivindican su separación del sistema de medicina pública y, en algunos casos, ejercen al margen de los procesos formales de certificación, manteniendo un espíritu crítico frente al sistema establecido. Su práctica se caracteriza por la continuidad del cuidado a lo largo de todo el proceso reproductivo, una fuerte centralidad en la usuaria y su familia, y la incorporación de elementos de otros modelos, como la medicina indígena y diversas prácticas rituales y espirituales, además de por una clientela diferenciada según la capacidad de pago y por una diversidad de esquemas de trabajo, insumos y costos.

Tabla 1c. Cuadro comparativo. México. Partería contemporánea: parteras profesionales

Dimensión	Parteras profesionales técnicas*	Parteras autónomas	Parteras "en la tradición"
Origen histórico	Surgen desde finales del siglo XX ligadas al movimiento de parto humanizado	Se consolidan a fines del siglo XX e inicios del XXI	Reconfiguración reciente de trayectorias autónomas con énfasis en tradición indígena
Formación	Formación escolarizada en escuelas de partería (CASA, Nueve Lunas, Mujeres Aliadas, Guerrero)	Trayectorias híbridas: cursos biomédicos, autoformación, diplomados; algunas con titulación formal	Aprendizaje prolongado con parteras tradicionales + educación formal (licenciatura) o trayectoria híbrida de la partería autónoma
Tipo de saber predominante	Saber biomédico articulado con enfoque de parto humanizado	Saber biomédico crítico + enfoque fisiológico y de derechos	Saber tradicional indígena articulado con reflexión crítica contemporánea
Relación con el sistema de salud	Inserción parcial en el sistema público (primer nivel)	Ejercicio fuera del sistema público; diálogo crítico con biomedicina	Ejercicio fuera del sistema público; fuerte anclaje comunitario
Estatus legal y administrativo	Reconocimiento institucional condicionado (certificación, registro)	Variable; muchas sin reconocimiento ni certificación oficial nacional	Variable; muchas sin reconocimiento ni certificación oficial nacional
Espacio principal de atención	Centros de salud, casas de parto, hospitales de primer nivel	Domicilios, casas de parto privadas, espacios no institucionales	Domicilios, casas de parto privadas, espacios no institucionales
Modelo de atención al parto	Parto fisiológico con criterios biomédicos	Parto humanizado, mínimo intervencionismo	Continuidad de la tradición partera indígena
Relación con mujeres y familias	Acompañamiento durante embarazo, parto y puerperio	Alta continuidad y centralidad de la autonomía de la mujer	Alta continuidad y centralidad de la autonomía de la mujer

Relación con prácticas culturales y espirituales	Variable según escuela	Selectiva, en algunos casos incorporada	Central y explícita
Inserción organizativa	Vinculadas a escuelas y, en algunos casos, asociaciones profesionales	Redes informales, colectivos, práctica individual, asociaciones formales	Redes informales, colectivos, práctica individual, asociaciones formales
Principales reivindicaciones	Inserción en el sistema público; reconocimiento profesional	Autonomía de práctica; no subordinación al control estatal	Autonomía de práctica; no subordinación al control estatal; defensa de la tradición; reconocimiento como sistema de salud
Posición frente a la NOM-020	Ambivalente: oportunidad y restricción	Ambivalente: oportunidad y restricción; crítica por regulación, pérdida de autonomía, deshumanización del parto y control normativo	Crítica por regulación, pérdida de autonomía, deshumanización del parto, control normativo
Apartado en la NOM-020 que las regula	Parteras técnicas: 6.3.1 Partería profesional técnica	6.3.1.3 Licenciatura en partería o 6.3.1.2 Técnica(o) Superior Universitaria(o) / 6.3.2 Personas no profesionales autorizadas para la prestación de servicios de partería	6.3.1.3 Licenciatura en partería o 6.3.1.2 Técnica(o) Superior Universitaria(o) / 6.3.2 Personas no profesionales autorizadas para la prestación de servicios de partería

Fuente: Graciela Freyermuth a partir de Goodman y Torres 2015; Coronado 2015; Rosenthal 2015; Galante 2015; Freyermuth y Argüello 2015; Sesia y Berrío 2023; Freyermuth 2024; entrevistas 2025 sobre el proyecto de NOM-020.

* La categoría laboral de Partera Técnica en la Secretaría de Salud se formalizó en 2011, tras la reforma de los artículos 61, 64 y 79 de la Ley General de Salud, que abrió el código M02117.

3.4 Un campo heterogéneo frente a una norma única

Las Tablas 1a, 1b y 1c sintetizan las principales características de estos tres campos y sus subgrupos, incluyendo su origen histórico, su tipo de formación, su relación con el sistema de salud y su posición frente a la NOM-020. Esta diversidad no es un detalle menor: es el punto de partida para comprender por qué una sola norma que pretende regular “la partería” en su conjunto genera inevitablemente tensiones, disputas y demandas de reconocimiento diferenciado.

En síntesis, la partería en México reúne actores con intereses y agendas que difieren entre sí: las parteras tradicionales han pugnado por el respeto a su práctica y por el reconocimiento legal de los nacimientos que atienden, estrechamente vinculadas con los movimientos de mujeres indígenas; las enfermeras obstetras han buscado el reconocimiento académico nacional e internacional, así como la posibilidad de ser reconocidas por el sector salud para la atención de partos en el primer nivel; las parteras profesionales, especialmente las autónomas, reivindican la posibilidad de un ejercicio libre, no subordinado al control estatal ni a la lógica hospitalaria. Sobre esta heterogeneidad intentó operar el anteproyecto de la NOM-020, y fue en esa tensión donde se desplegaron las controversias que se analizan en este artículo.

4. Génesis de la norma sobre partería

Para entender cómo surgió la NOM-020 es necesario situarla en el contexto de la política internacional de salud materna de principios de los años 2000, la cual se perfiló en dos grandes vías. Por un lado, se buscó fortalecer el primer nivel de atención, de modo que parteras, personal comunitario y familiares pudieran resolver los partos normales y remitieran oportunamente al segundo nivel a las mujeres con complicaciones obstétricas. Por otro, se promovió la atención del denominado “parto calificado”, una estrategia que en la práctica se tradujo en la obligatoriedad del parto hospitalario. Esta última ganó terreno en México, sobre todo después de 2008, cuando los programas de gratuidad para la atención del parto reforzaron la idea, y la práctica, de que la única atención segura era la hospitalaria.

Como consecuencia, el programa IMSS-Progres/Oportunidades/Prospera dejó de recibir partos en el primer nivel de atención y las salas expulsivas de numerosas unidades quedaron inutilizadas, lo que redujo la atención del parto a apenas un tres por ciento de los casos, según un monitoreo realizado en 2010 (Freyermuth 2012). Aunque la NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio no exigía explícitamente referir todos los partos al hospital, las disposiciones sobre licencias sanitarias —y su interpretación institucional, aunada a la fiscalización punitiva de la muerte materna en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio— terminaron asentando en los hechos la prohibición de atender partos fuera del ámbito hospitalario. El personal médico y directivo comenzó a afirmar que “ya está prohibido” asistir partos en unidades de primer nivel, lo que consolidó una política que marginaba la partería comunitaria y propiciaba el abandono de la atención obstétrica primaria (Freyermuth 2012).



Para un acompañamiento completo, partera profesional Nantzin aconseja que la pareja este presente.

Crédito: Juan Carlos Martínez

Fue en este contexto de cierre institucional cuando comenzaron a articularse las primeras iniciativas para abrir un espacio normativo para la partería. En 2019, el Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México obtuvo un financiamiento de Bayer que, con apoyo de la Fundación MacArthur, permitió contratar a una consultora especializada en procesos legislativos.⁵ El equipo identificó a la legisladora Martha Tagle, de Movimiento Ciudadano, como figura clave para abrir camino en el Congreso.

La iniciativa que se elaboró proponía reformar la Ley General de Salud para incorporar la figura de las unidades de partería: espacios físicos independientes o diferenciados de los hospitales, destinados a la atención de mujeres sin complicaciones médicas, bajo un modelo colaborativo con la familia y respetuoso de las decisiones de las mujeres, con capacidad de referencia a hospitales de mayor complejidad. La propuesta fue respaldada por más de ochenta legisladoras de distintos partidos y avanzó hasta la Comisión de Salud (Tagle 2019). Sin embargo, al implicar gasto para una secretaría, fue turnada al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), cuyo dictamen fue negativo por considerar que la propuesta no se alineaba con la norma vigente. La legisladora Tagle señaló que, por jerarquía normativa, debía modificarse primero la ley y luego la norma, y no al revés; en los hechos, la iniciativa quedó congelada.

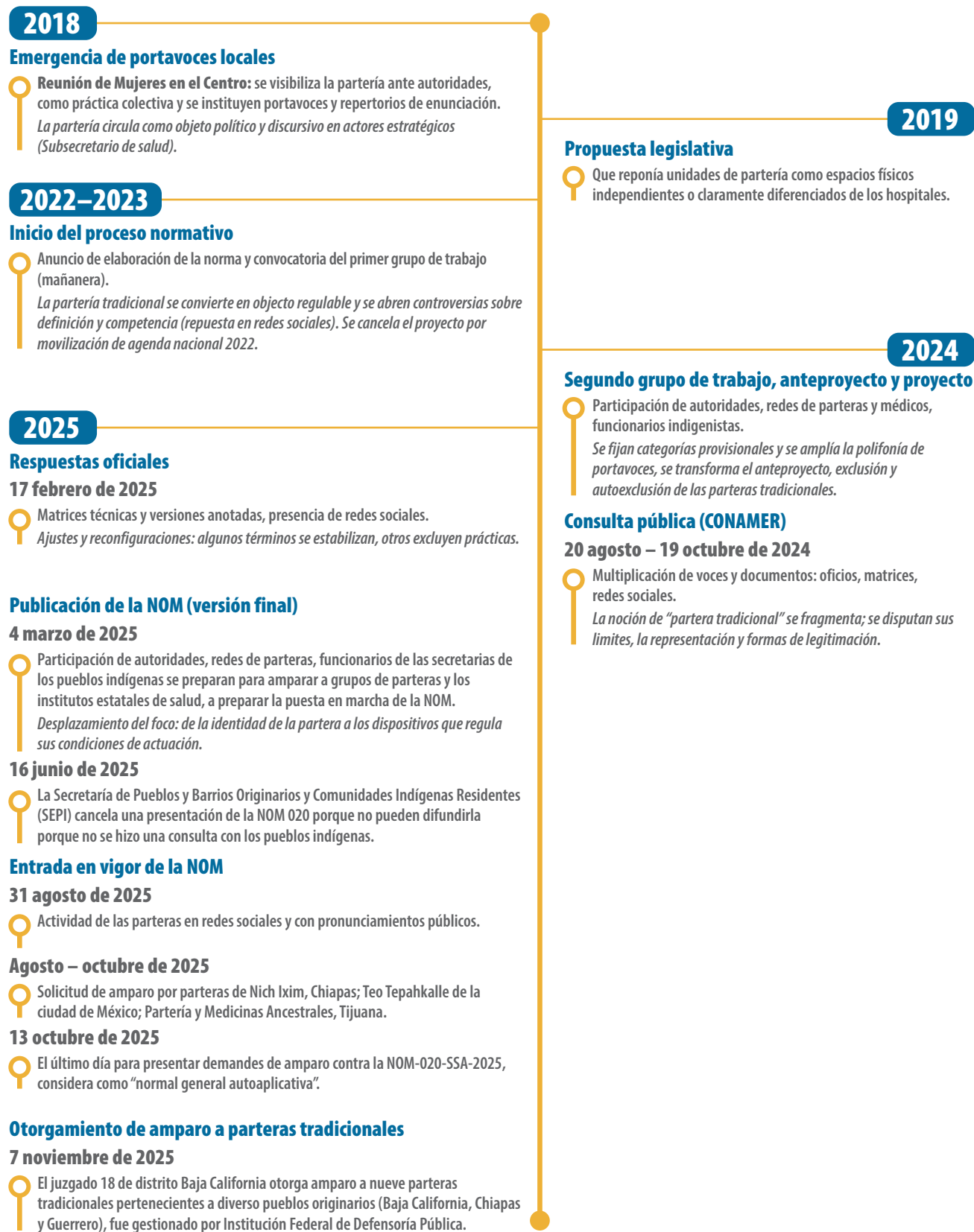
En paralelo, desde el inicio del sexenio gubernamental 2018-2024, el entonces subsecretario de Salud Hugo López-Gatell había identificado la partería como un asunto pendiente de política pública. Su punto de entrada fue una reunión convocada por organizaciones de la sociedad civil en la que reconoció que una de las principales barreras para el ejercicio de la partería era la falta de definición jurídica y el trato desigual hacia esta práctica en el marco legal.⁶ En sus encuentros con el Comité Promotor por una Maternidad Segura, organizaciones de parteras indígenas y la organización CASA, fue reconociendo la amplia diversidad de las prácticas parteriles en México y planteó la necesidad de una norma incluyente que cubriera vacíos normativos y sanitarios, con el fin de beneficiar por igual a todas las modalidades de partería y a las mujeres y familias que atienden.

Para contrarrestar la mentalidad tecnocrática que equiparaba el parto seguro con el parto hospitalario, el exsubsecretario recurrió al acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en México, cuyo respaldo permitió desmitificar las recomendaciones internacionales y enfatizar que lo fundamental era garantizar partos seguros y humanizados, sin depender obligatoriamente del entorno hospitalario. La propia OPS advirtió que, sin incorporar todas las modalidades de partería, México no contaría con recursos suficientes para consolidar una atención primaria robusta. Apoyado también por Nadine Goodman⁷ y diversas redes de parteras, López-Gatell impulsó un enfoque estratégico: el eje central no debía ser el “derecho de las parteras” a ejercer, sino el derecho primordial de las mujeres a recibir una atención digna y humanizada, un encuadre que resultó políticamente más viable y que fue adoptado por las autoridades sanitarias que continuaron el proceso.⁸

No obstante, esta propuesta chocó con dos resistencias convergentes: la inercia tecnocrática heredada de políticas anteriores, que había dismantelado la capacidad del primer nivel de atención, y la falta de reconocimiento de las desigualdades estructurales, que partía de la premisa de que todas las mujeres acceden a los servicios de salud de manera homogénea. El resultado fue la fragmentación del proyecto original: en lugar de una norma única e incluyente, el CNEGySR terminó planteando dos instrumentos distintos: una norma dirigida a la partería tradicional y un lineamiento técnico para la partería no tradicional, denominado *Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto-recuperación (LPR) en las redes de servicio* (CNEGySR 2022a), publicado el 7 de septiembre de 2022. Las salas LPR se desarrollaron de manera muy limitada y beneficiaron principalmente a una pequeña parte de la población urbana.⁹

Entre 2021 y 2022 comenzó a gestarse la intención de elaborar una norma específica sobre partería, orientada inicialmente hacia la partería profesional. En la Figura 3 se resumen los principales momentos que marcaron el proceso desde ese punto de partida hasta la publicación de la norma definitiva en 2025.

Figura 3. Línea de tiempo de aspectos clave en el proceso de elaboración de la NOM-020-SSA-2025



5. La disputa por la regulación: el anteproyecto de 2022 y la respuesta de las parteras tradicionales

El anuncio público de la NOM llegó antes de que la norma estuviera lista. El 6 de septiembre de 2022, en la conferencia matutina presidencial, el subsecretario López-Gatell señaló que el marco constitucional y la Ley General de Salud resultaban insuficientes para proteger la partería y anunció la elaboración de una NOM específica en la que se reconocieran sus distintas modalidades, se dotara de certeza jurídica a las parteras y se articulara su quehacer con la red de servicios de salud (Presidencia de la República, 6 de septiembre de 2022). La directora del CNEGySR, ante la pregunta acerca de la presentación de la NOM 020 en la mañana, expresó su sorpresa ante lo que consideró la divulgación prematura de una norma todavía en construcción.¹⁰

El anteproyecto que comenzó a circular ese año, denominado “Anteproyecto NOM-XXX-SSA2-2022, el ejercicio de la partería tradicional y la partería comunitaria. Criterios para la vinculación con los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal”, proponía regular y respaldar esta práctica como parte del sistema de salud. Definía explícitamente la partería tradicional como un saber transmitido intergeneracionalmente, reconocido por la comunidad y ejercido sin discriminación, y establecía que su práctica podía desarrollarse en el domicilio, en la comunidad o en establecimientos de salud de primer y segundo nivel. Reconocía también el derecho de la usuaria a estar acompañada por la partera y preveía una capacitación anual en competencias esenciales sin sustituir los saberes propios, así como mecanismos voluntarios de referencia y contrarreferencia con los servicios institucionales.



Partera tradicional Doña Petrona hace una revisión a embarazada en los primeros signos de parto.

Crédito: Juan Carlos Martínez

No obstante, la incorporación que proponía partía de una lógica biomédica, no de la cosmovisión propia de las parteras. En la práctica, el anteproyecto estandarizaba el registro clínico, concentraba información en las secretarías de salud, supeditaba la validación de los nacimientos a trámites oficiales y exigía una certificación periódica específica para la partería tradicional que no se imponía a otros prestadores de salud. Aunque el discurso era de reconocimiento y colaboración, la arquitectura del instrumento tendía hacia la medicalización administrativa de la partería tradicional: reconocía para controlar.

5.1 La respuesta desde las comunidades y las organizaciones

La reacción no tardó. La Fundación Osa Mayor¹¹(2022) fue la primera organización en advertir públicamente el dilema que planteaba la norma: ¿fortalecería o limitaría la práctica? Su mensaje llamó a las parteras y a las mujeres a mantenerse vigilantes y a participar activamente en la construcción de la norma para que esta beneficiara efectivamente a las “guardianas del parto digno”, a fin de salvaguardar su labor y evitar restricciones que pudieran minar su autonomía.

Lo que estaba en juego quedó expresado con claridad por Apolonia Plácido Valerio, defensora indígena de la partería tradicional en Guerrero. En su testimonio, describe con precisión qué significa, en la práctica, una atención basada en el respeto:

En un servicio de salud verdaderamente respetuoso, la llegada de una mujer en trabajo de parto no comienza con un cuestionario impersonal, sino con un saludo en su propia lengua —*Tu'un Savi o Me'phaa*— y con una escucha sincera de su historia: cómo se siente, de dónde viene su dolor, si carga violencia o preocupaciones de casa. Las parteras, reconocidas como portadoras de saberes ancestrales, deciden junto con la mujer el siguiente paso. Si ella lo desea, se prepara un baño tibio de vapor. En la cocina se mezclan romero, albahaca y ruda; la olla humeante se coloca bajo una silla y la parturienta, envuelta en una manta, se sienta a absorber ese calor que afloja las contracciones. [...] Cuando el bebé asoma, nadie la obliga a recostarse bajo luces frías: puede hincarse, abrazarse a su pareja, dejar que la gravedad la ayude. Al nacer la criatura, piel con piel sobre el pecho de la madre, la partera anota hora, peso y talla en la constancia que el sistema de salud reconoce, sin tachaduras ni desconfianza. Luego se honra la placenta [...] Todo ocurre en un ambiente donde la medicina de la Tierra convive con la ciencia: si surge un riesgo, la partera y el médico deciden juntos. No hay cesáreas impuestas “por protocolo”, ni comentarios despectivos sobre “tés mágicos” o “parteras empíricas”.¹²

Ese es el buen trato que reclama Apolonia: respetar la sabiduría antigua —temazca¹³ l, plantas, rebozo¹⁴, espiritualidad— y colocarla codo a codo con los conocimientos académicos. Respetar significa reconocer las constancias de las parteras en los registros oficiales, permitir que ellas guíen los ritos del calor y la placenta, y formar a médicos y enfermeras para comprender que la salud, en los pueblos originarios, se teje con la Madre Tierra, el Sol y la palabra caliente de las hierbas.¹⁵

Los días 24 y 25 de septiembre de 2022 continuaron las reacciones. En Facebook, Aura Renata Gallegos Vargas (2022) describió el impacto que provocó entre más de 20 000 parteras tradicionales el anuncio gubernamental de la NOM, el cual fue percibido como una “sacudida” que reavivó el temor a ser absorbidas por un sistema que históricamente las ha invisibilizado. En ese debate colectivo, Valentina Arana, partera autónoma en la tradición, evocó la memoria colectiva —ceremonias junto al fuego, transmisión de semillas, bendiciones de las abuelas— para expresar la confusión del momento y, al mismo tiempo, la resistencia que nace de los sueños compartidos con las mayores. Las abuelas instaban a “quitar la máscara” a la maquinaria que pretende homologar la práctica de la partería, e invitaban a caminar unidas sin legitimar un único camino (Arana 2022).

En noviembre de 2022, la Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional¹⁶ emitió su primer pronunciamiento público, en el que rechazaba la norma por considerarla inconstitucional y violatoria de los derechos de los pueblos indígenas. Argumentaron que cualquier regulación debía construirse con la participación directa de las propias parteras, denunciaron la violencia obstétrica y el racismo que enfrentan las mujeres indígenas y exigieron el reconocimiento de la partería tradicional como parte fundamental de los sistemas de salud comunitarios (Agenda Nacional 2022). Ese mismo mes, la directora del CNEGySR anunció que la NOM-020 se centraría en la partería profesional, no en la tradicional.

5.2 Una consulta que no lo fue

En enero de 2023 se emitió la convocatoria para conformar el Grupo de Trabajo que elaboraría el anteproyecto, el cual incluiría a organizaciones de parteras tradicionales y de la sociedad civil. En febrero de 2023, la Agenda Nacional respondió con un segundo pronunciamiento en el que sostuvo que una Norma Oficial Mexicana no podía regular el ejercicio de la partería tradicional, al formar esta parte de los sistemas de salud de los pueblos indígenas y no del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, afirmó que la integración de algunas parteras al Grupo de Trabajo no sustituía el derecho de los pueblos indígenas a una consulta previa, libre e informada y exigió el respeto a la libre determinación, a los conocimientos ancestrales y a los sistemas propios de salud. El documento fue suscrito por el Frente de Acción por la Defensa, Dignificación, No Discriminación y Promoción de la Partería Tradicional, integrado por organizaciones y parteras de los pueblos mixe, ikoots, tseltal, tsotsil, ayuujk, nahua, mixteco, maya, purépecha, me'phaa-tlapaneco y tének-huasteco, provenientes de once estados del país. Su posicionamiento evidenció la tensión entre la lógica estatal de regulación y el reconocimiento de la autonomía de los sistemas de salud indígenas (Agenda Nacional 2023).

Aunque la convocatoria contempló la participación de organizaciones de parteras tradicionales en el Grupo de Trabajo, las representantes de la Agenda Nacional sostuvieron que ello no sustituía el derecho de los pueblos indígenas a una consulta previa, libre e informada, conforme al Convenio 169 de la OIT. Desde su perspectiva, la invitación a participar en un espacio técnico no equivalía a consultar a los pueblos indígenas sobre una norma que afectaba directamente sus prácticas y conocimientos.

Los testimonios de quienes fueron convocadas a participar revelan por qué esa convocatoria no fue percibida como una consulta legítima. Sebastiana Vázquez, partera tradicional de Chiapas, integrante del movimiento Nich Ixim, explicó las condiciones que desalentaron la participación:

A las parteras tradicionales sí debieron consultarnos; para mí fue un error no hacerlo bien. Es cierto que nos invitaron, pero el movimiento decidió que no fuéramos y, como organización, optamos por respetar esa mayoría. De haber ido, y ganas no faltaban, nos habríamos topado con una lista de requisitos: firmar montones de documentos, comprometernos a no repetir nada de lo que se escuchara... tanta traba terminó por desanimarnos.¹⁷

Apolonia Plácido Valerio fue más directa sobre la ausencia del Estado:

Mire, la verdad es que nadie nos consultó. El INPI no llegó, la Secretaría de Salud tampoco; la supuesta “consulta” se quedó en los escritorios. Eso viola el derecho de los pueblos: la voz de las comunidades jamás se escuchó.¹⁸

Ofelia Pérez, integrante de CAMATI Mujeres Construyendo desde Abajo A.C.,¹⁹ señaló la imposibilidad de representar a sus bases en esas condiciones:

Nos invitaron cuando el escándalo ya estaba hecho; al principio ni se acordaron de las parteras tradicionales [...] Ponían trabas: casi querían que firmáramos un compromiso de silencio, sin posibilidad de consultar a otras

compañeras. Solo las presentes podían decidir, pero yo no puedo hablar en nombre de todas si ellas no han visto el documento ni han dicho qué piensan. La información tiene que bajar a las bases para que aporten y, si algo no está bien, podamos rechazarlo juntas.²⁰

Estas voces apuntan a un problema jurídico de fondo. La consulta a los pueblos indígenas no es una formalidad administrativa, sino una obligación del Estado derivada del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y reconocida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación: toda medida que pueda afectar directamente a pueblos indígenas debe someterse a un proceso previo, libre, informado, de buena fe y culturalmente adecuado, realizado a través de sus propias instituciones representativas. La convocatoria a un grupo reducido de parteras, bajo criterios poco transparentes y con cláusulas de confidencialidad, no cumplió esos estándares (Gobierno de México 1990, 1991).

5.3 El primer anteproyecto se estanca

El resultado fue contundente: el anteproyecto de 2022, impulsado en medio de estas tensiones, ni siquiera llegó a registrarse ante la CONAMER, paso necesario para continuar con el procedimiento regulatorio. El Grupo de Trabajo no llegó a instalarse. Las presiones de las parteras tradicionales y de quienes se autodenominan “en la tradición” fueron determinantes para detener el proceso. A inicios de 2023, la directora del CNEGySR fue relevada del cargo, y en septiembre de ese año el subsecretario López-Gatell dejó su puesto para participar en la contienda interna de Morena como candidato a la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de México. El primer intento de normar la partería había fracasado, pero el debate que desató no se cerró: se trasladó al siguiente ciclo regulatorio, con nuevos actores y una propuesta reformulada.

6. Desplazamiento del objeto normativo: de la partería tradicional al establecimiento de salud

Con nuevas autoridades al frente del CNEGySR, se inició un segundo proceso regulatorio. En este nuevo proceso, y sin los actores que habían impulsado el proyecto de 2022, la propuesta normativa fue reformulada desde sus cimientos. El borrador que el CNEGySR presentó al Grupo de Trabajo el 6 de marzo de 2024 marcaba un cambio sustancial: ya no se trataba de una norma orientada a regular directamente la práctica de la partería tradicional, sino de un instrumento centrado en regular la atención materna y neonatal en los establecimientos de salud públicos, privados y sociales de primer nivel.

El cambio equivale a un giro de 180 grados. La normativa dejó de apuntar a la “partera tradicional” como sujeto de regulación para enfocarse en el “establecimiento de salud” y en la partería profesional. La partería tradicional quedó relegada a un rol de vinculación opcional: el discurso intercultural se mantuvo, pero la lógica de control se redirigió de la práctica individual al dispositivo institucional. Reconocer para integrar, pero desde las reglas del sistema.

El borrador se organizaba en seis capítulos que abarcaban desde los objetivos y el ámbito de aplicación hasta los requisitos de infraestructura, recursos humanos y procesos para los distintos tipos de establecimientos —salas de labor-parto-recuperación, maternidades y casas de partería—. Incluía un glosario ampliado con conceptos como aborto, casas maternas y atención centrada en la persona, y enumeraba principios rectores de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad. Vinculaba además dieciocho normas oficiales vigentes, lo que anclaba el nuevo instrumento en el marco normativo ya existente.

6.1 Lo que el borrador decía sobre la partería tradicional

El lugar que el borrador asignaba a la partería tradicional reveló con claridad la lógica que lo animaba. Tres efectos se combinaban para producir una subordinación sistemática.

El primero era la clasificación. En el numeral 3.14 se definía a las parteras tradicionales como “personal no profesional autorizado”, y circunscribía esa categoría a mujeres de comunidades indígenas o afromexicanas formadas por transmisión intergeneracional. Esta denominación introducía una jerarquía explícita respecto de la partería profesional y abría la puerta a sujeciones administrativas que no se aplicaban a otros prestadores de salud.

El segundo era el condicionamiento de su participación. Los numerales 5.1.3 y 5.1.4 obligaban a los establecimientos a vincularse respetuosamente con las parteras tradicionales, pero el ejercicio efectivo de su práctica al interior de los servicios quedaba supeditado a que la unidad considerara que “las condiciones lo permitieran”. En la práctica, ello dejaba en manos del establecimiento la decisión sobre quién podía atender el parto, y no de la partera ni de la usuaria.

El tercero era la carga administrativa. Las casas maternas gestionadas por parteras tradicionales debían: cumplir con vínculos operativos con los distritos de salud, rutas de traslado y manejo de residuos biológico-infecciosos (numeral 5.2.3); documentar el intercambio de saberes conforme a lineamientos técnicos (5.3.5); llevar registros de nacimientos y traslados integrados a los sistemas oficiales de vigilancia epidemiológica; e inscribirse obligatoriamente en el Registro Nacional de Parteras (ReNaPa) (6.3), con profesionales comunitarios asignados para “acompañarlas y asesorarlas”. El resultado era un esquema en el que la práctica tradicional quedaba reconocida, pero fuertemente supervisada por el aparato institucional (5.5.1.2).

Aunque el borrador mantenía referencias a la diversidad cultural y a la importancia de la partería tradicional, esta aparecía como una figura subordinada al sistema de salud cuya participación en la atención y en la certificación de nacimientos quedaba condicionada a su vinculación formal con los servicios estatales y al cumplimiento de criterios definidos por el propio sistema.

6.2 El Grupo de Trabajo y los cambios antes de la publicación

Este borrador fue la base de discusión del Grupo de Trabajo, que sesionó entre el 6 de marzo y el 23 de mayo de 2024. Su composición fue mayoritariamente institucional, con la participación de representantes de: dependencias federales de la Secretaría de Salud e instituciones públicas del sector salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y la Secretaría de Marina (SEMAR); organismos como el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI); así como una representación más acotada de la sociedad civil y la academia. Las parteras tradicionales no participaron en este espacio, y las propuestas del INPI y de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)²¹ para realizar una consulta específica con ellas no fueron incorporadas (Secretaría de Salud y CNEGySR 2024).

Las sesiones de trabajo introdujeron cambios relevantes al borrador original antes de que el proyecto fuera enviado a la CONAMER para su evaluación y posterior publicación en el Diario Oficial de la Federación el 18 de julio de 2024. Esos cambios, y las controversias que generaron durante la consulta pública, son el tema de los apartados que siguen.

6.3 Lo que cambió en el Grupo de Trabajo: avances, limitaciones y ambigüedades

Las sesiones del Grupo de Trabajo realizadas entre marzo y mayo de 2024 introdujeron cambios relevantes en el borrador original. Vistos en conjunto, estos cambios siguieron una dirección reconocible: fortalecieron el reconocimiento simbólico y algunos derechos operativos de la partería tradicional, ampliaron las atribuciones de la partería profesional y suavizaron los mecanismos de control más evidentes, pero sin alterar la arquitectura central del instrumento ni la jerarquía que sitúa la partería tradicional en un lugar subordinado dentro del sistema institucional.

6.3.1 Avances en el reconocimiento de la partería tradicional

El cambio más significativo fue la creación de un capítulo específico, el capítulo 7, dedicado íntegramente a la vinculación con la partería tradicional, en lugar de dispersar esas disposiciones en el apartado 6, como ocurría en el borrador. Este capítulo introdujo varios elementos nuevos.

En primer lugar, la partería tradicional fue declarada parte de la medicina tradicional mexicana y rasgo identitario indígena y afromexicano (numeral 7.1.2), con derecho a una relación sin subordinación acorde con sus conocimientos y recursos bioculturales (7.1.4). Los servicios de salud quedaron obligados a generar acciones dirigidas a garantizar la dignidad y el ejercicio conforme a los métodos propios de las parteras (7.1.3).

En segundo lugar, se eliminó la obligatoriedad del registro en el ReNaPa y se sustituyó por una inscripción voluntaria en un registro estatal gestionado a nivel local (7.1.5.2). Este ajuste respondió directamente a la preocupación de que el padrón funcionara como mecanismo coercitivo, aunque el acceso a ciertos insumos, como los certificados de nacimiento, sigue vinculado a ese registro.



Estetoscopio Pinard con el que Sebastiana escucha los latidos del bebé.

Crédito: Juan Carlos Martínez

En tercer lugar, el numeral 5.1.7 eliminó la cláusula que permitía a los establecimientos condicionar la participación de la partería tradicional a que “las condiciones lo permitieran”, y estableció en su lugar la obligación de facilitarla activamente a lo largo de todo el continuo de atención. De manera complementaria, en el numeral 5.1.10 se reconoció explícitamente a la partera tradicional como acompañante autorizada durante todo el proceso asistencial; con ello, el acompañamiento se convirtió en un derecho operativo que los establecimientos de salud no pueden restringir a horarios de visita ni supeditar a condiciones internas.

Se incorporaron además obligaciones estatales concretas: capacitación obligatoria del personal directivo y operativo en interculturalidad, interseccionalidad y derechos humanos (7.1.5.1); mecanismos de intercambio de conocimientos bajo enfoque intercultural, reconociendo que la partera también enseña (7.1.5.3); obligación de recibir sin demora a las gestantes que acuden acompañadas de su partera (7.1.5.4); dotación de certificados de nacimiento y reconocimiento de las constancias emitidas por las parteras (7.1.7); y la declaración de que el Sistema Nacional de Salud no las considerará personal voluntario y preservará su autonomía comunitaria (7.1.9).

6.3.2 Limitaciones y ambigüedades que persisten

Junto a estos avances, el proceso del Grupo de Trabajo también introdujo restricciones y dejó ambigüedades sin resolver.

La más relevante fue la definición de partería tradicional: al circunscribirla a mujeres de comunidades indígenas o afromexicanas formadas por transmisión intergeneracional, el texto excluía potencialmente a parteras mestizas, migrantes u otras actoras comunitarias cuya práctica también es reconocida como tradicional en sus territorios, lo que dejaba dicha definición sujeta a la interpretación de las autoridades estatales. El reconocimiento amplió su profundidad cultural, pero redujo su alcance social.

Otra limitación significativa fue la reducción del enfoque intercultural. El borrador lo desarrollaba en tres numerales que obligaban al personal de salud a reconocer barreras de idioma, religión o geografía, aprender a interactuar con culturas distintas y diseñar programas específicos para eliminar esas barreras. En la versión publicada, todo eso se condensó en una formulación breve que señala que la atención debe ser “respetuosa, clara, con buena comunicación y reconocimiento de la diversidad cultural”. Esta frase permitía exigir buen trato, pero no obligaba a los establecimientos a contar con intérpretes en lenguas indígenas, personal capacitado o infraestructura culturalmente adaptada. La implementación concreta del enfoque intercultural quedó sujeta a una negociación local caso por caso. En la práctica, cuando una partera requiriera ingresar a una sala, utilizar su rebozo o comunicarse en su lengua, podría invocar esa cláusula, pero debería demostrar en cada situación concreta cómo ello mejoraría la accesibilidad del servicio y persuadir a la unidad para que lo permitiera.

6.3.3 Los cambios en la partería profesional y autónoma

El proceso del Grupo de Trabajo también consolidó de manera significativa el lugar de la partería profesional dentro del sistema normativo. El numeral 6.2.1 reconoció explícitamente su autonomía clínica para atender partos de bajo riesgo bajo su propia responsabilidad, formulación que no estaba claramente establecida en el borrador. El numeral 6.2.4 autorizó la recomendación y administración de medicamentos básicos obstétricos y neonatales, incluyendo emergencias, lo que amplió el margen de actuación clínica hacia estándares internacionales. Se sistematizaron los perfiles formativos reconocidos y se convirtió la actualización profesional continua en una exigencia normativa con acreditación bianual.

Para las parteras autónomas y en la tradición, en cambio, el resultado fue menos favorable. El capítulo 6.4 las clasificaba como “personas no profesionales autorizadas”, les exigía requisitos de capacitación, autorización estatal y refrendo bianual, y establecía que dicha autorización no era equiparable a las atribuciones de quienes tenían título y cédula (6.4.5). Se incluyó el controvertido numeral 6.4.8, que imponía restricciones a la información que estas personas podían difundir públicamente.

6.3.4 El umbral hacia la consulta pública

Con estos cambios incorporados, el proyecto fue remitido a la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria (CONAMER), organismo encargado de evaluar el impacto regulatorio de las propuestas normativas y verificar que no impongan cargas indebidas. Esta instancia autorizó su publicación el 18 de julio de 2024 en el *Diario Oficial de la Federación*, con lo que abrió formalmente un periodo de consulta de 60 días. Este mecanismo, inusual en los procesos de formulación de políticas debido a la obligación de responder públicamente a cada comentario recibido, se convertiría en un escenario donde distintos actores disputarían el contenido final de la norma.

7. El debate público: redes sociales, consulta formal y reacciones a la norma publicada

La publicación del PROY-NOM-020-SSA-2024 en el *Diario Oficial de la Federación* el 18 de julio de 2024 no fue un evento técnico silencioso. En los 60 días que duró la consulta pública, y en las semanas previas y posteriores, se desplegó un debate intenso en redes sociales y medios digitales que reveló la profundidad de las divisiones en torno a la norma. Entre el 13 de julio y el 19 de octubre de 2024 se documentaron 142 comentarios en prensa digital y redes sociales. El debate se articuló en torno a al menos 44 hashtags, desde los institucionales —#NOM020SSA— hasta los identitarios y de resistencia —#LaParteríaSeDefiende, #ParteríaLibre, #NoALaNorma, #SíAlPartoEnCasa—, lo que ilustra cómo las redes sociales funcionaron no solo como espacios de opinión, sino como dispositivos de articulación, amplificación y convocatoria a la participación formal en la consulta.

7.1 Las voces favorables: reconocimiento histórico y expectativas sanitarias

De los 142 comentarios documentados, 35 mostraron una valoración favorable del proyecto. Sus argumentos se organizaron en torno a dos ejes principales.

El primero fue el reconocimiento histórico. Quienes apoyaron la norma subrayaron que, por primera vez, la partería, en sus vertientes profesional y tradicional, quedaba nombrada, regulada e integrada al Sistema Nacional de Salud. Se argumentó que dotar de certeza jurídica a las parteras significaba reconocer un oficio ancestral y ofrecer una opción segura y culturalmente pertinente a comunidades indígenas, afromexicanas, rurales y urbanas, en armonía con los artículos 1° y 2° constitucionales y con los convenios internacionales sobre derechos sexuales y reproductivos.

El segundo fue el potencial sanitario. Autoridades y profesionales de la salud presentaron la norma como un paso para fortalecer el primer nivel de atención y reducir la saturación hospitalaria, las cesáreas innecesarias, la violencia obstétrica y la mortalidad materna. Se destacó que la propuesta contempla mecanismos de articulación entre parteras y unidades de salud para la referencia oportuna de casos de riesgo, y que reconoce la posibilidad de que las parteras tradicionales emitan certificados de nacimiento. Nadine Goodman, fundadora de CASA A.C., señaló que un avance clave era el reconocimiento de la atención al parto y a las urgencias obstétricas en el primer nivel, lo que permitiría estabilizar a las mujeres antes de su referencia al segundo nivel.

Esta ola de mensajes favorables fue impulsada principalmente por vocerías institucionales. La Secretaría de Salud enmarcó el proceso como un “avance histórico” en Facebook y en la red X, narrativa que fue amplificada por medios nacionales como *La Jornada*, *Milenio* y *Latinus*, por medios especializados en salud y por medios estatales, con especial eco en el estado de Hidalgo. Desde la sociedad civil y la academia, el Observatorio de Mortalidad Materna en México y la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (FENO-UNAM) reforzaron el enfoque de derechos y la pertinencia técnica del proyecto.

Un dato analíticamente relevante: en este primer bloque de mensajes favorables, las voces directas de parteras tradicionales y de usuarias aparecen de manera marginal. El entusiasmo institucional y mediático construyó una narrativa de conquista que, en los hechos, fue protagonizada principalmente por circuitos profesionales e institucionales, no por quienes viven cotidianamente los efectos de la regulación.

7.2 Las voces críticas: autonomía, criminalización y consulta ausente

Los 107 mensajes críticos documentados durante el mismo periodo articularon una narrativa radicalmente distinta frente al mismo objeto normativo, organizada en torno a cuatro grandes ejes.

El primero fue la disputa por el nombre y el lugar de la partería. Las voces críticas sostuvieron que el proyecto “secuestra” el término *partera* para asociarlo con un perfil hospitalario, y que al establecer la distinción entre partería “profesional” y “tradicional” borra o margina a las parteras autónomas. Desde esta perspectiva, si el Estado busca normar la práctica que ocurre dentro del sistema biomédico, debería emplear denominaciones como *matrona* u *obstetra*, lo que evitaría jerarquizar una actividad que existe antes y fuera de la academia.

El segundo eje fue la defensa de la autonomía. Las parteras y sus aliadas denunciaron que el proyecto introduce avisos obligatorios, registros y recertificaciones bianuales, y que otorga a instancias como la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), el CNEGySR y las jurisdicciones sanitarias el poder de definir quién puede ser reconocida como partera y quién puede abrir una casa de partería, sin que las propias parteras integren ni lideren esos órganos. El término *clandestinidad* apareció de manera recurrente como el horizonte indeseable al que conduciría la norma: la desaparición práctica de saberes y de la atención domiciliaria.

El tercero fue la exclusión del parto en casa. La definición oficial de “casa de partería” privilegia los establecimientos y la partería “profesional”, mientras que el texto omite explícitamente el parto en casa, espacio donde muchas parteras autónomas y tradicionales ejercen su práctica. Para estas actoras, esa omisión equivale a excluir *de facto* un modo de nacer y de trabajar que las familias eligen por razones culturales, económicas, de intimidad y de confianza.

El cuarto eje fue la denuncia de la ausencia de consulta previa. Redes de parteras y organizaciones aliadas señalaron que la norma afecta directamente a pueblos indígenas y afrodescendientes sin haber cumplido la obligación jurídica de consulta previa, libre e informada establecida en el Convenio 169 de la OIT. Advirtieron además sobre riesgos de apropiación de conocimientos tradicionales, como el uso del rebozo, la herbolaria o el temazcal, si estos son normados sin participación comunitaria.

El núcleo de quienes impulsaron estas demandas estuvo conformado principalmente por parteras autónomas y en la tradición, casas y redes de partería, doulas y acompañantes, usuarias y colectivas feministas. Su consigna sintetizó una posición que no era de rechazo total, sino de condicionamiento: “Regular sí, pero con las parteras adentro y sin criminalizar sus prácticas”.

Para hacer llegar esa posición a las instancias decisorias, promovieron activamente el envío de comentarios formales a la CONAMER y al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública (CCNNSP), movilizaron campañas en *change.org*, desplegaron estrategias de cabildeo ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el INPI e instancias de la ONU, y documentaron casos de traslados, negativas de certificados y violencia obstétrica como evidencia sustantiva para sus observaciones técnicas.

Ese debate en redes no fue paralelo a la consulta formal: la alimentó. Las mismas organizaciones y parteras que publicaron en X, Facebook e Instagram convocaron activamente a presentar comentarios en la plataforma de la CONAMER, con el fin de trasladar sus argumentos del espacio digital al procedimiento institucional.

7.3 La consulta pública: actores, argumentos y propuestas

En la plataforma de la CONAMER se registraron 331 firmas distribuidas en 284 misivas durante el periodo de consulta. Después de depurar 48 duplicidades y un caso de triplicidad, el análisis se basó en 284 misivas únicas, a partir de las cuales fue posible identificar 210 actores distintos. Un dato relevante para entender la dinámica del proceso: en muchos casos las argumentaciones eran sustancialmente similares entre sí, lo que sugiere la existencia de

convocatorias colectivas coordinadas para posicionar determinados puntos de vista ante las autoridades sanitarias. La consulta formal no fue solo un canal individual de opinión, sino un espacio de movilización organizada.

7.3.1 Las y los actores: ¿quiénes participaron y desde dónde?

La Tabla 2 sintetiza los perfiles de quienes participaron y su posicionamiento frente al proyecto. El dato más contundente es que el rechazo, total o con matices, fue ampliamente mayoritario en casi todos los perfiles. La única excepción fueron las instituciones públicas federales, que mantuvieron una posición técnico-procedimental sin oposición sustantiva.

Tabla 2. Posicionamiento frente al PROY-NOM-020-SSA-2024

Universo / Tipo de actor	Conteo	Posición frente a la NOM
Parteras y perfiles afines (parteras autónomas, autónomas en la tradición, tradicionales, profesionales, doulas, sanadoras)	46	Rechazo predominante. Defensa de autonomía, eliminación de numerales 6 y 7, oposición a subordinación biomédica y a la categoría “no profesional autorizada”.
Organizaciones y agrupamientos (asociaciones civiles, organizaciones de la sociedad civil/observatorios, redes, grupos académicos)	52	Rechazo mayoritario con matices. Algunas plantean ajustes técnicos; otro rechazo frontal por criminalización, control estatal y afectación a derechos colectivos.
Profesionistas.	48	Rechazo consistente. Crítica a subordinación, defensa de pluralismo médico y derechos constitucionales; cuestionamiento a 6.4 y 7.
Institución pública federal.	5	Posición técnica/procedimental. Justificación normativa o revisión regulatoria; no oposición política explícita.
Usuarías y usuarios.	59	Rechazo prácticamente unánime. Defensa del derecho a decidir cómo, dónde y con quién parir; eliminación de 6 y 7; aceptación de constancias de nacimiento emitidas por parteras independientes.

Fuente: A partir de Freyermuth y Vázquez (2025b y 2025c).

Parteras y perfiles afines. De las 46 personas participantes identificadas como parteras o perfiles afines, el bloque mayoritario estuvo conformado por parteras autónomas y autónomas en la tradición (22 casos, 64 por ciento). Cualitativamente, fueron estas actoras las que articularon el debate. Fueron quienes impulsaron convocatorias públicas, promovieron la presentación de comentarios ante la CONAMER y generaron los marcos argumentativos que posteriormente retomaron actoras con otros perfiles —doulas, sanadoras y usuarias—. El núcleo esencial del discurso crítico residió en el sector autónomo.

En contraste, las parteras tradicionales que intervinieron a título individual (nueve casos) y las parteras profesionales (cuatro casos) constituyeron minorías relativas. Las primeras formularon objeciones centradas en derechos culturales, transmisión generacional y autonomía comunitaria; las segundas desarrollaron críticas técnico-jurídicas y conceptuales. Ninguna alcanzó el nivel de articulación colectiva y capacidad de convocatoria de las autónomas.

Un punto analíticamente importante es la distinción entre “parteras autónomas en la tradición” y “parteras tradicionales”, que una lectura superficial puede confundir. Ambas reivindican saberes ancestrales y cosmovisión tradicional, pero su condición social y formativa es distinta. Las parteras tradicionales se legitiman principalmente por transmisión generacional y reconocimiento comunitario; las autónomas en la tradición suelen provenir de trayectorias educativas formales y urbanas, y adoptan prácticas tradicionales en el marco de un ejercicio autónomo contemporáneo. La convergencia discursiva en la defensa de la tradición no implica equivalencia estructural en sus modalidades de formación, inserción territorial ni mecanismos de legitimidad. Esta distinción es fundamental para evitar simplificaciones interpretativas y para comprender la configuración real de fuerzas dentro del campo parteril contemporáneo.

Organizaciones y agrupaciones. Las 52 organizaciones participantes incluyeron asociaciones civiles (diez), organizaciones de la sociedad civil y observatorios ciudadanos (diez), redes o colectivos de parteras (27) y un bloque académico de investigación e incidencia (cuatro). El patrón general fue predominantemente crítico, aunque con dos estrategias discursivas diferenciadas.

Una primera vertiente articuló un enfoque de “reconocimiento parcial de avances más propuestas de ajuste”. Estas últimas incluían: cambios puntuales en insumos y medicamentos, ajustes de redacción o precisión de numerales, y reconfiguración del registro para evitar efectos excluyentes. Una segunda vertiente, más presente en redes y colectivos, sostuvo un rechazo más frontal centrado en riesgos de criminalización, subordinación al sistema biomédico y afectación a derechos colectivos. El bloque académico se dividió entre quienes priorizaron la armonización jurídica —derechos colectivos, consulta previa, coherencia normativa— y quienes se enfocaron en la precisión regulatoria, como la incorporación del aborto y postaborto en las competencias de la partería profesional.

Profesionistas. Las 48 personas identificadas como profesionistas —clínicas y académicas— mostraron un rechazo articulado y consistente, organizado en torno a cinco demandas convergentes: la defensa de la autonomía reproductiva; el cuestionamiento de la categoría “personal no profesional autorizado” como discriminatoria; la exigencia de eliminar los numerales 6.4 y 7.1; la defensa de la partería tradicional y autónoma como saber cultural legítimo; y la demanda de que el Registro Civil acepte las constancias de nacimiento emitidas por parteras independientes. En varios casos, especialmente entre académicas, médicas e investigadoras, estos argumentos se sustentaron en referencias constitucionales y normativas explícitas.

Instituciones federales. Las cinco intervenciones de instituciones públicas federales operaron desde una lógica de legalidad y consistencia regulatoria, sin formular oposición política al proyecto. Unas defendieron su pertinencia subrayando su alineación con marcos internacionales como la OMS y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); otras, particularmente la CONAMER, examinaron la coherencia normativa y las nuevas cargas administrativas sin cuestionar el contenido de fondo.

Usuaris y usuarios. Las 59 personas usuarias —53 mujeres y seis hombres— mostraron un rechazo prácticamente unánime centrado en la defensa de la autonomía reproductiva y del derecho a decidir cómo, dónde y con quién parir. Sus misivas combinaron experiencias personales con referencias a derechos humanos y aportaron evidencia cualitativa sobre los efectos de la regulación desde la perspectiva de quienes reciben la atención, un tipo de evidencia que, como se verá, el proceso institucional trataría de manera diferenciada.

7.3.2 Los argumentos: la radiografía de una disputa

Se codificaron 1 554 argumentos y 1 489 propuestas a partir de las 284 misivas recibidas en la consulta pública. Leídos en conjunto, estos argumentos no constituyen un inventario disperso de quejas, sino una crítica articulada al proyecto de NOM. En ella se sostiene que el proyecto configura la relación entre el Estado y la partería en términos de control biomédico, más que de coordinación horizontal. Esta crítica se desplegó en cuatro líneas argumentativas.

La NOM como dispositivo de control estatal-biomédico. El argumento más voluminoso del debate (423 menciones) giró en torno a la idea de que el proyecto configuraba un régimen estatal biomédico que subordinaba la partería, especialmente la tradicional y la autónoma, al Sistema Nacional de Salud mediante registros, certificaciones y procedimientos administrativos que desconocían los mecanismos de autorregulación comunitaria. La mayoría de las intervenciones no rechazaban toda interacción con el Estado, sino el diseño regulatorio subordinante: proponían colaboración sin absorción y respeto a la autonomía comunitaria.

De ese planteamiento se desprendió un segundo eje argumentativo, que denominamos *libertad condicionada* (271 menciones). Este concepto hace referencia a que la libertad de las mujeres y sus familias para decidir dónde, cómo y con quién parir —así como la autonomía de las parteras para ejercer su práctica— quedaba subordinada al cumplimiento de requisitos administrativos establecidos por la norma, los cuales en la práctica excluían las opciones extrahospitalarias y comunitarias. El argumento de estas intervenciones fue la limitación de la libertad de elección (78.6 por ciento), seguida de la limitación de la autonomía de las parteras (17 por ciento).

A ese argumento se sumó la crítica a la sustitución del reconocimiento comunitario de las parteras tradicionales como mecanismo de legitimación de su práctica por un régimen de certificación biomédico-estatal (75 menciones). Casi en la mitad de estas intervenciones se denunció que la norma ignoraba los sistemas normativos indígenas y la certificación por pares; otro 22.7 por ciento señaló que desconocía el aval comunitario al definir externamente quién puede ser partera; un 18.7 por ciento adicional documentó cómo la imposición de registros y certificaciones externas reubicaba la autoridad y encarecía o volvía inaccesible el ejercicio. El planteamiento final era explícito: la norma no solo regula, sino que también sanciona. La exigencia de registro y vínculo obligatorio con el sistema biomédico, acompañada de sanciones por incumplimiento, empuja a quien no pueda o no quiera someterse hacia la clandestinidad, con la consecuente pérdida de reconocimiento y una mayor exposición a procesos y estigmas.

El lenguaje como instrumento de deslegitimación. Un segundo conjunto de argumentos (193 menciones, 97.9 por ciento con discurso crítico) se articuló en torno a la nomenclatura del proyecto. Las categorías “persona no profesional autorizada” y “partería profesional”, ancladas en el numeral 6.4, fueron leídas no como precisiones técnicas, sino como instrumentos de reconfiguración de la identidad parteril por vía lingüística: al sustituir el término social y comunitario partera por categorías biomédicas y jerárquicas, la norma deslegitimaría el reconocimiento comunitario, subordinaría la práctica a certificaciones externas y habilitaría su exclusión del marco de atención. La distinción entre “parteras tradicionales” y “no profesionales autorizadas”, así como la introducción de “partera profesional” como categoría que excluye a quienes no tienen cédula, fueron señaladas reiteradamente como dispositivos de jerarquización disfrazados de precisión técnica.

Efectos sanitarios y riesgo de desaparición del modelo comunitario. Un tercer conjunto (265 menciones) argumentó que la norma deterioraría la atención materna al desarticular el modelo comunitario y redirigirla a un esquema hospital-céntrico. Más de dos tercios de las menciones (87.9 por ciento) cuestionaron la hospitalización forzada y la erosión de la partería comunitaria, articulando efectos prácticos: pérdida de continuidad del acompañamiento, violencia obstétrica y resultados clínicos adversos, falta de interculturalidad y restricciones al acceso a medicamentos esenciales en emergencias.

A esta crítica de los efectos inmediatos se sumó una lectura prospectiva: el riesgo de desaparición (127 menciones) de la partería autónoma y tradicional como consecuencia acumulada de la subordinación normativa, las barreras administrativas, las sanciones y la estigmatización. Casi en el conjunto de estas intervenciones (96 por ciento) se describió un circuito de exclusión con dos dimensiones: administrativo-regulatoria, donde los trámites y revalidaciones operan como barrera estructural, y epistémico-cultural, donde la invisibilización de saberes y la apropiación del término partería amenazan la continuidad de una herencia cultural viva.

Criminalización de la partería. A este proceso de exclusión se añadió un argumento recurrente sobre la criminalización e ilegalización de la práctica (79 menciones): las personas participantes sostuvieron que el régimen de registros, certificaciones y sanciones administrativas configuraría un marco punitivo que convertiría el ejercicio autónomo de la partería en una actividad susceptible de persecución, empujando a quienes no pudieran o no quisieran sujetarse a la regulación hacia la clandestinidad y la pérdida de reconocimiento legal.

Desalineación jurídica: marcos internacionales y derecho a la identidad. Un cuarto conjunto de argumentos señaló que la NOM estaba internacionalmente desalineada por partida doble: el 48.4 por ciento de las 93 menciones advirtió contradicciones con tratados relativos a pueblos indígenas —Convenio 169 de la OIT, consulta previa, autonomía comunitaria—, mientras que el 51.6 por ciento acusó desatención de las recomendaciones de la OMS, la ICM, el UNFPA y la CEDAW sobre el papel de la partería en la atención materna y en los servicios de salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural.

En paralelo, y aunque con menor volumen, las 28 menciones sobre el derecho a la identidad concentraron una controversia particularmente sensible y con alta densidad política. El 82 por ciento se centró en el riesgo directo para el derecho a la identidad de niñas y niños nacidos con parteras: el temor a que quedaran sin acta de nacimiento o enfrentaran obstáculos para su registro si la emisión de certificados se limitaba a quienes estuvieran vinculadas al sistema. El 18 por ciento restante criticó las cargas administrativas —registro y recertificación periódica bajo órganos médicos— como mecanismos que condicionan la validez de las constancias y operan como barrera indirecta al mismo derecho. Desde 2008 el certificado de nacimiento es obligatorio para obtener el acta, y su expedición ya ha generado barreras sistemáticas cuando el parto ocurre fuera de establecimientos de salud: condicionar los certificados a la vinculación formal con el sistema agravaría una problemática preexistente.

7.3.3 Las propuestas: un programa de incidencia

Las 1 489 propuestas pueden leerse no solo como un inventario de demandas, sino como un programa articulado de incidencia normativa (631 menciones). La propuesta dominante fue detener el proceso y rehacer la norma con consulta previa, libre e informada, participación efectiva de parteras y usuarias, y delimitación del alcance al ámbito institucional o a la partería profesional; dentro de este bloque, el 53.6 por ciento pidió explícitamente eliminar los capítulos 6.4 y 7, señalados como el núcleo del dispositivo de control.

El segundo bloque demandó el reconocimiento legal y cultural de la partería sin subordinación ni jerarquías, con base en la autodeterminación comunitaria y una coordinación no condicionada con el sistema de salud (217 menciones), e incluyó la garantía de que mujeres y familias puedan decidir dónde, cómo y con quién parir sin que esa decisión quede anulada por recertificaciones o registros (77 por ciento de este bloque con 251 menciones).

El tercer bloque (229 menciones) articuló el derecho a la identidad —mediante la aceptación de constancias emitidas por parteras en todas las oficialías del Registro Civil (70.9 por ciento de esta demanda)— con la inclusión igualitaria y participativa de las parteras en la regulación (96 menciones). En este último punto se exigía definir quiénes son parteras, cómo deben certificarse y de qué manera debía construirse la norma, a partir de criterios propios de la partería y no del sistema biomédico.

Un cuarto bloque reunió propuestas operativas y técnicas cuya composición interna revela las prioridades de este grupo. El primer subconjunto de propuestas de apoyo (22 menciones) priorizó el suministro de insumos esenciales (50 por ciento). Un segundo subconjunto de propuestas orientadas a la seguridad clínica (22 menciones) se construyó en torno a protocolos obligatorios y no discriminatorios de referencia y traslado (68.1 por ciento), así como a la actualización de anexos de medicamentos e insumos y a la incorporación del aborto seguro cuando este fuera brindado por parteras profesionales, conforme a las directrices de la OMS (9 por ciento). Finalmente,



Puntos de acuerdo para fortalecer la partería en Chiapas. Segundo Encuentro Estatal de Parteras de Chiapas, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Crédito: Juan Carlos Martínez

una demanda central fue el derecho a recibir atención oportuna y sin demora en espacios libres de violencia y discriminación (18 menciones). Para ello, debía asegurarse la posibilidad de elegir libremente el tipo de atención y el espacio donde recibirla. Ambas condiciones son inseparables: la libertad de elección solo es real cuando existen opciones reconocidas y accesibles, entre ellas las casas de partería y la partería autónoma. De ahí que en varias propuestas se exigiera el reconocimiento legal de estos espacios como condición para que las mujeres pudieran ejercer ese derecho sin enfrentar obstáculos institucionales.

El quinto bloque incluyó propuestas orientadas a la inclusión de mujeres y parteras en la regulación (99 menciones) se centraron principalmente en garantizar la participación efectiva de parteras y usuarias en la elaboración de la norma (46 menciones) y en promover procesos amplios de diálogo y consulta (23 menciones). En menor medida, plantearon el reconocimiento de la diversidad de formas de ejercicio de la partería, mecanismos de certificación por pares y otras modalidades de registro y organización que evitaran la subordinación exclusiva al Sistema Nacional de Salud.

En conjunto, las propuestas sintetizan la posición del bloque crítico con mayor claridad que cualquier argumento aislado: “Regular sí, pero con las parteras adentro, participando sin jerarquías y sin barreras que desplacen o erosionen el modelo comunitario de partería”.

8. Las respuestas oficiales: a quién escuchó el Estado y a quién no

El proceso de consulta pública generó 593 comentarios que la autoridad sanitaria respondió de manera individual (véase Tabla 3). Esas respuestas fueron publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* el 17 de febrero de 2025 (Gobierno de México 2025a). El texto regresó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública (CCNNSP), donde fue aprobado por votación, y la NOM-020-SSA-2025 se publicó el 4 de marzo de 2025, con entrada en vigor el 31 de agosto del mismo año (Gobierno de México 2025b).

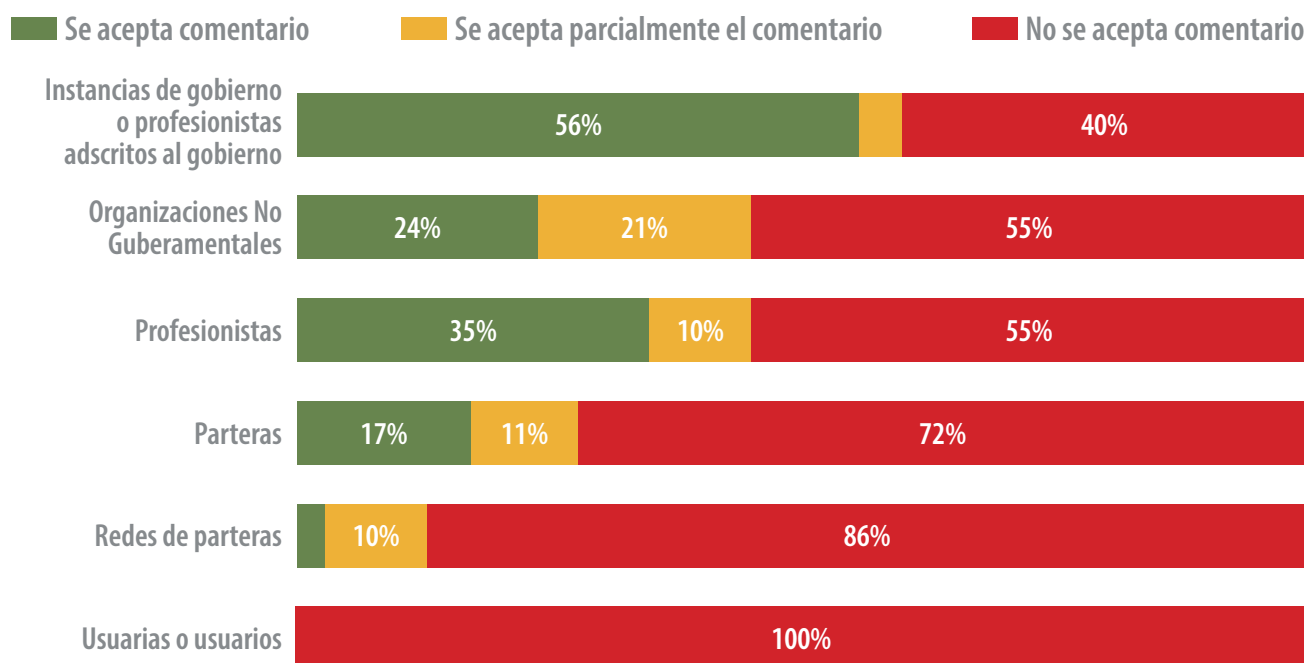
Tabla 3. Número de comentarios respondidos por la autoridad sanitaria del PROY-NOM-020-SSA-2024

Tipo de actor	Número de comentarios (porcentaje)
Total	593 (100 %)
Personas usuarias	48 (8.1 %)
Redes y colectivos de parteras	29 (4.9 %)
Parteras autónomas o en la tradición, profesionales y tradicionales	269 /45.4 %
Predomina el subgrupo autónomas o en la tradición: 237 comentarios	40 (6.7%)
Personas vinculadas a la partería adscritas como profesionistas	40 (6.7 %)
Organismos no gubernamentales	104 (17.5 %)
Funcionarias y funcionarios	103 (17.4 %)

Fuente: Graciela Freyermuth, con base en Gobierno de México (2025a). La categorización de actores fue realizada por Freyermuth y Vázquez (2025a).

El análisis de esas respuestas revela un patrón que no es aleatorio (véase Figura 4): únicamente el 24 por ciento de los comentarios fue aceptado, el 10 por ciento fue aceptado parcialmente y el 65 por ciento no fue aceptado. Pero la distribución de esos porcentajes según el tipo de actor revela con claridad la asimetría: los comentarios provenientes de las instituciones de gobierno tuvieron una tasa de aceptación del 56 por ciento y la menor proporción de rechazo (40 por ciento). En el extremo opuesto, los 48 comentarios de usuarias fueron rechazados en su totalidad, y el 72 por ciento de los comentarios de parteras corrió la misma suerte.

Figura 4. México. Resolución de comentarios a la NOM-020 por tipo de actor, 2025 Fuente: Graciela Freyermuth, con datos



de Gobierno de México (2025a y 2025b).

Los profesionistas y las ONG ocuparon posiciones intermedias, con un 35 por ciento de aceptación total para los primeros y un 24 por ciento para las segundas, aunque con una proporción elevada de aceptación parcial (21 por ciento), lo que sugiere procesos de negociación y adaptación de propuestas.

Este patrón puede nombrarse con precisión: sesgo de alineación institucional. Quienes se encuentran más próximos al marco regulatorio y al lenguaje técnico-normativo logran una mayor aceptación de sus comentarios porque sus propuestas se ajustan con mayor facilidad a los criterios de viabilidad jurídica y operativa del proceso. En contraste, los aportes de usuarias y parteras tienden a plantear cambios de carácter estructural —reconocimiento pleno de sus prácticas, redistribución de atribuciones, incorporación de enfoques culturales, participación efectiva— que resultan más difíciles de incorporar en los términos técnicos del instrumento normativo, y por ello presentan tasas de rechazo más altas. En conjunto, el proceso de consulta revela brechas de poder y de traducción técnica: las voces con menor anclaje institucional requieren un mayor esfuerzo de traducción de sus demandas al formato normativo para incrementar las posibilidades de ser incorporadas.

8.1 Las usuarias: testimonios desestimados por improcedentes

De los 593 comentarios analizados, 48 (8.1 por ciento) provenían de personas usuarias: 44 mujeres y cuatro hombres. Un primer dato estructural es el siguiente: la autoridad respondió estas cartas como una sola unidad, aunque cada misiva incluyera múltiples temas, lo que subrepresenta su peso en el conteo de peticiones aceptadas o rechazadas y diluye la diversidad de planteamientos contenidos en los testimonios.

Lo distintivo de estas intervenciones fue su carácter testimonial. Las usuarias relataron experiencias directas de embarazo, parto y puerperio atendidos por parteras, tradujeron esas vivencias en demandas normativas concretas y aportaron evidencia cualitativa sobre los efectos de la regulación desde la perspectiva de quienes reciben la atención. Sus relatos partieron de la confianza construida con las parteras a través del acompañamiento continuo

y del contraste con experiencias de violencia obstétrica en instituciones médicas. Para estas familias, la partería no representaba solo una alternativa técnica o el único recurso accesible, sino una forma de ejercer autonomía corporal, familiar y reproductiva. Reconocían el lenguaje de derechos de la norma, pero consideraban que subordinarla a criterios médicos y burocráticos podía, paradójicamente, violentar la autonomía reproductiva que afirmaba proteger. No rechazaban toda regulación, pero exigían que se construyera desde el respeto y el reconocimiento pleno de las parteras como agentes legítimas de salud.

Las respuestas oficiales adoptaron una postura predominantemente jurídica y procedimental. El rechazo se justificó con cuatro criterios: la imposibilidad de contravenir la Ley General de Salud y su Reglamento, que ya fija las categorías de “partería profesional” y “personal no profesional autorizado”; la competencia de otras autoridades —la Secretaría de Educación Pública (SEP) para certificación y el Registro Civil para identidad—; el objeto limitado de la NOM, circunscrito a establecimientos de salud y mecanismos de vinculación; y criterios de técnica normativa, al considerar improcedentes propuestas sin redacción normativa o sin sustento legal explícito. Cuando los comentarios apelaron directamente a experiencias personales, como los relatos de parto en casa acompañados por parteras, la autoridad los desestimó amparándose en el artículo 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, por lo que los declaró “no aceptados” por tratarse de experiencias individuales. Este procedimiento revela una lógica tecnocrática que, aunque jurídicamente consistente, excluye de la deliberación normativa las vivencias, los valores y los saberes comunitarios.

Sobre el certificado de nacimiento, la autoridad señaló que la NOM contempla la obligación de asegurar su dotación sin discriminación y reconoce el canje de constancias elaboradas por parteras. Sin embargo, el mandato formal no dispuso los temores sobre obstáculos administrativos persistentes como: cadenas estatales de distribución, verificaciones discrecionales, interpretaciones restrictivas y ausencia de plazos o sanciones frente a negativas. La heterogeneidad territorial en la implementación refuerza esas preocupaciones.

8.2 Redes de parteras: demandas de autonomía ante un marco que no cede

De los 593 comentarios, 29 (4.9 por ciento) fueron suscritos por redes y colectivos de parteras, que incluyeron tanto organizaciones formalmente constituidas como grupos afines articulados en torno a posicionamientos comunes. Dos datos que merecen especial atención son los siguientes: la mayoría de las parteras tradicionales participaron a través de estas redes y no a título personal; y dos misivas integraron las voces de 264 parteras tradicionales que no fueron incluidas directamente en la plataforma de la CONAMER. El 86 por ciento de sus propuestas fueron rechazadas y solamente el tres por ciento aceptadas. Esa exclusión estructural del mecanismo formal es en sí misma un hallazgo sobre los límites de la consulta.

Las demandas de estas redes fueron convergentes: reconocimiento pleno de la partería tradicional como parte de la medicina tradicional indígena; respeto a su autonomía y formas propias de transmisión del conocimiento; acceso no discriminatorio a certificados de nacimiento; revisión del lenguaje normativo para eliminar categorías jerárquicas; y apertura de un proceso de diálogo específico para construir una norma sobre vinculación intercultural con la partería tradicional.

Las respuestas oficiales rechazaron la mayoría de estas solicitudes bajo el argumento de que no motivaban modificaciones sustantivas o no versaban sobre el contenido de la norma. Se ofreció reconocimiento retórico —la NOM es intercultural, los certificados deben otorgarse sin discriminación, la norma se construyó conforme a principios constitucionales—, pero sin concesiones estructurales. La petición de eliminar los numerales 6.1.5 y 6.4 fue atendida de manera parcial, pues se eliminó el numeral 6.1.5 y se incorporó una definición más precisa de “personas no profesionales autorizadas”, sin modificar el enfoque general de control. La figura misma fue mantenida, bajo la justificación del Reglamento de la Ley General de Salud. Además, la solicitud de abrir un nuevo proceso de diálogo fue descartada por considerar suficiente el proceso realizado.



Trabajo en conjunto. Segundo Encuentro Estatal de Parteras de Chiapas, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Crédito: Juan Carlos Martínez

8.3 Parteras: ajustes de lenguaje, rechazo a los cambios estructurales

De los 593 comentarios respondidos, 269 (45.4 por ciento) pertenecían a personas identificadas como parteras y una doula. El subgrupo dominante fue el de parteras autónomas o en la tradición (237 casos, 88.1 por ciento del subconjunto); las parteras profesionales sumaron 30 casos (11.2 por ciento); y la presencia de parteras tradicionales a título personal fue marginal (un caso).

Entre las propuestas aceptadas se encuentran ajustes relevantes, aunque acotados, como los siguientes: la incorporación a la NOM-047-SSA2-2015 de la atención al grupo etario de 10 a 19 años en el capítulo de referencias normativas; la reformulación del numeral 5.1.7 para reconocer el derecho de las personas gestantes a elegir a quien ejerce la partería como proveedora de atención, sin restringirlo a la categoría “tradicional”; la redefinición de “competencias en partería” como “competencias esenciales”, a fin de evitar que el concepto quedara limitado exclusivamente a las parteras profesionales; la ampliación de la definición de “salud materna” para incluir dimensiones emocionales, psicológicas y sociales; la reformulación de los servicios de partería hacia un modelo de atención primaria más amplio; y la eliminación de los numerales 6.4.4.1 (que exigía nacionalidad mexicana), 6.4.5 (que establecía jerarquías entre profesionales y no profesionales) y 6.4.8 (que restringía la difusión pública de información en materia de salud por parte de personas profesionales no autorizadas).

Sin embargo, la mayor parte de las propuestas estructurales fue rechazada. La autoridad mantuvo la figura de “personas no profesionales autorizadas” con exigencias de capacitación formal, autorización y refrendo bienal, y rechazó reconocer certificaciones por pares, avales comunitarios, órganos reguladores autónomos o la facultad de estas parteras para atender partos de bajo riesgo bajo su propia responsabilidad. Las casas de partería deben seguir operando como establecimientos de salud sujetos a la NOM-005, con una persona responsable sanitaria que cuente con cédula y con personal de partería profesional.

En cuanto al capítulo 7 sobre partería tradicional, aunque la NOM reconoce su valor cultural y ordena al Estado garantizar su libre práctica, fueron rechazadas las propuestas de eliminar el capítulo, volver voluntaria la vinculación, otorgar

facultades clínico-administrativas específicas a las parteras tradicionales dentro de establecimientos, o reconocer la partería autónoma no tradicional en ese capítulo. El único ajuste incorporado fue la adición de una capacitación voluntaria con enfoque intercultural para la recepción de personas referidas, sin efectos habilitantes sobre funciones clínicas.

En suma, la versión final reafirma la partería profesional como la única modalidad con reconocimiento pleno dentro de los servicios institucionales, mantiene la partería autónoma y en la tradición bajo un régimen de autorización estatal condicionada, y reconoce la partería tradicional en términos culturales sin traducir ese reconocimiento en procesos operativos concretos.

8.4 Profesionistas: aceptación técnica, rechazo a los cambios de fondo

De los 593 comentarios, 40 (6.7 por ciento) correspondieron a 19 personas identificadas como profesionistas clínicas y académicas, con una participación altamente concentrada: una sola persona recibió 15 respuestas (37.5 por ciento del subconjunto).

Fueron sistemáticamente desestimadas las propuestas orientadas a modificar aspectos sustantivos del modelo regulatorio, entre ellas: garantizar el ejercicio autónomo de la partería tradicional y autónoma; eliminar los requisitos de titulación y cédula como condición de reconocimiento; actualizar el lenguaje conforme a estándares de derechos humanos, por ejemplo, sustituyendo “preferencias sexuales” por “orientaciones sexuales”; y redefinir conceptos como “casa de partería” para incorporar prácticas domiciliarias. En estos casos, la autoridad reiteró que la NOM regula establecimientos de salud, no modelos de atención, una distinción que en los hechos excluye el reconocimiento de prácticas comunitarias o domiciliarias.

Este grupo logró avances técnicos relevantes que no alteraban la arquitectura central de la norma, pero sí ampliaban su contenido. El más significativo fue la incorporación del Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México (CNEGySR 2022b), ausente en el proyecto original, en el que se reconoce el aborto seguro como parte integral de los servicios de salud sexual y reproductiva en el primer nivel. Se amplió también la definición de los servicios de partería para incluir la prescripción y aplicación de anticonceptivos, la atención del aborto seguro, la estabilización y el traslado de emergencias, y el acompañamiento integral a lo largo del ciclo reproductivo. Se reforzó la capacitación del personal de salud en interculturalidad, perspectiva de género, diversidad sexogenérica y violencia, y se eliminó el numeral 6.4.8, que restringía la difusión pública de las parteras autónomas.

8.5 ONG: incidencia parcial en un marco que no se transforma

De los 593 comentarios, 104 (17.5 por ciento) correspondieron a 14 organizaciones de la sociedad civil, con una participación altamente concentrada en seis organizaciones que reunieron cerca del 90 por ciento de las respuestas: el Observatorio de Mortalidad Materna en México (en alianza con Sakil Nichim Antsetik), la Asociación de Servicios Integrales por la Equidad en la Sociedad A.C., Formación y Capacitación (FOCA), Kinal Antsetik A.C., Partería y Salud Natural A.C., COEPEM A.C. e IPAS México/CAM.

Entre los cambios aceptados se encuentran: la incorporación de referencias explícitas a los artículos 64, fracción IV, y 389 Bis de la Ley General de Salud, que reconocen las prácticas de la medicina tradicional y la participación comunitaria; la inclusión de mecanismos de referencia oportuna y sin discriminación para los casos de urgencia atendidos por parteras tradicionales; un ajuste de redacción para evitar imponer la actualización bianual exclusivamente a las parteras —la primera norma sanitaria mexicana en exigir esa “certificación” a prestadores de servicios, lo que fue ampliamente señalado como inequitativo—; el reconocimiento de que las constancias de nacimiento emitidas por parteras pueden utilizarse como base para la certificación médica de los nacimientos; ajustes para prevenir el estigma hacia parteras tradicionales en la atención institucional; la obligatoriedad de capacitar al personal de salud en enfoque intercultural y derechos humanos; y una nueva definición de “personas no profesionales autorizadas” para distinguir a las parteras tradicionales de otras sin formación académica.

Las propuestas no incorporadas fueron igualmente sustantivas: diferenciar normativamente entre partería autónoma, tradicional y profesional para visibilizar la diversidad de trayectorias; reconocer a las parteras tradicionales como personal remunerado del sistema de salud; eliminar la obligatoriedad de inscribirse en el Registro Nacional de Personas que Brindan Servicios de Partería Profesional (RNPSPP) para quienes ejercen de manera autónoma; y establecer estímulos económicos y esquemas de capacitación especializada en salud intercultural y aborto legal. En conjunto, aunque la NOM incorpora enunciados de reconocimiento cultural, mantiene una estructura regulatoria centrada en el modelo biomédico e institucional, sin atender de manera sustantiva las demandas de autonomía, reconocimiento laboral y fortalecimiento estructural de la partería tradicional.

8.6 Funcionariado: la mayor tasa de aceptación, pero también con límites

De los 593 comentarios, 103 (17.4 por ciento) correspondieron al funcionariado público, principalmente de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, con comentarios de la Dra. Oliva López Arellano y el Dr. Luis Adrián Mata Manríquez (42 comentarios) y del IMSS-Bienestar (42 comentarios), además de la Coordinación Estatal de Prevención y Atención de la Violencia Familiar e Igualdad de Género en Salud (cinco comentarios) y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) (14 comentarios).

Este grupo registró la mayor tasa de aceptación, y los cambios incorporados a partir de sus observaciones son los que más reforzaron el enfoque intercultural, de derechos humanos y de género en la norma. Son los siguientes: inclusión de numerales sobre capacitación del personal con enfoque intercultural y uso de intérpretes; modificación del numeral 5.2.3 para incorporar el reconocimiento de la expresión de género y la perspectiva interseccional; inclusión de guías clínicas específicas sobre aborto, preeclampsia y hemorragia; y modificaciones a la definición de casas de partería y a las competencias profesionales en partería.

Sin embargo, incluso desde dentro del aparato estatal hubo propuestas rechazadas. La sugerencia de incluir explícitamente a parteras profesionales y tradicionales en las estrategias nacionales de salud sexual y reproductiva fue desestimada por considerarse ya implícita. Las propuestas para incorporar insumos y técnicas aplicables a casas de partería y partería tradicional en el Apéndice A fueron rechazadas porque ese anexo fue declarado exclusivo para unidades de primer nivel. Las observaciones técnico-operativas para que las entidades federativas definieran mecanismos propios de vinculación fueron descartadas sin valorar su potencial. Un caso particularmente ilustrativo fue el del IMSS-Bienestar, que propuso acotar la norma exclusivamente a la partería profesional —una posición que paradójicamente coincidía con algunas demandas de las propias parteras—. Esta propuesta también fue rechazada porque el objeto formal de la norma se mantuvo centrado en la regulación de los establecimientos de atención integral materna y neonatal en su conjunto.

La aceptación de propuestas del funcionariado se produjo principalmente cuando estas contribuían a reforzar el marco institucional existente, mejorar su coherencia interna o ampliar principios ya reconocidos, pero sin alterar la asignación de atribuciones ni el núcleo de control biomédico-administrativo de la norma.

8.7 Un patrón que se sostiene

Leídos en conjunto, los patrones de aceptación y rechazo por tipo de actor confirman la hipótesis del sesgo de alineación institucional. No es que los argumentos de las usuarias o de las parteras fueran menos sólidos, pues en muchos casos estaban respaldados por marcos jurídicos de mayor jerarquía que los invocados por la autoridad. Lo que determinó la aceptabilidad no fue la solidez del argumento, sino su compatibilidad con el objeto acotado de la norma y con la idea de viabilidad jurídico-operativa que la autoridad aplicó como filtro. Quienes lograron traducir sus demandas a ese lenguaje —ajustes de redacción, referencias normativas, precisión de conceptos— obtuvieron aceptaciones parciales. Quienes demandaron redistribución de autoridad, reconocimiento de trayectorias fuera del esquema legal existente o transformaciones estructurales del modelo regulatorio, fueron sistemáticamente rechazados. La consulta operó menos como deliberación sobre fines y más como mecanismo de ajuste del texto dentro de un marco previamente fijado.

9. El debate después de la norma: continuidades y nuevas lecturas

En el periodo posterior al cierre de la consulta pública —del 19 de octubre de 2024 al 31 de agosto de 2025, fecha prevista de entrada en vigor— se documentaron 205 noticias y comentarios en prensa digital y redes sociales. Su análisis permite observar cómo evolucionó el debate una vez que la norma dejó de ser un proyecto y se convirtió en texto oficial.

9.1 De la esperanza a la consagración: el discurso favorable después de la publicación

Los 116 comentarios favorables de este periodo ya no presentan la NOM como un proyecto con potencial transformador, sino como un parteaguas regulatorio ya consumado. El cambio no es únicamente gramatical, derivado del paso de un proyecto a una norma publicada, sino discursivo: la regulación deja de presentarse como una promesa de cambio para asumirse como un nuevo marco institucional cuya legitimidad se da por sentada. Por ello, el discurso se desplaza del tiempo futuro al tiempo presente: antes se afirmaba que la norma “permitirá”, “contribuirá” o “abrirá la posibilidad de”; ahora “ya reconoce”, “establece”, “define” y “obliga”. Las promesas de desmedicalización relativa y de libre elección del lugar del parto persisten, pero ahora aparecen subordinadas a la idea de una integración regulada de la partería dentro del aparato estatal. Se pasa así de un discurso que justificaba la necesidad de la norma a otro que legitima el nuevo orden regulatorio que esta instituye. Es una narrativa de consagración, no de esperanza.

También cambió el mapa de actores que difundieron este discurso. Durante la consulta pública predominó la comunicación institucional, encabezada por la Secretaría de Salud y reproducida por medios nacionales a partir de los boletines oficiales sobre el proyecto de NOM. Tras la publicación de la norma, aunque las instituciones gubernamentales continuaron difundiendo la NOM, adquirieron mayor protagonismo las asociaciones y redes de parteras profesionales, los colectivos feministas, las organizaciones dedicadas a la salud sexual y reproductiva y los actores vinculados con los pueblos indígenas y la medicina tradicional, quienes se apropiaron del lenguaje de la norma para legitimar sus propias prácticas y reivindicaciones. Esta diversificación de las voces contribuyó a construir una legitimidad social más amplia en torno a la NOM.

A pesar de ello, incluso en este contexto de creciente legitimación pública de la NOM, las parteras autónomas y las usuarias mantuvieron una visibilidad limitada. La legitimación pública de la norma continuó construyéndose principalmente desde circuitos institucionales y profesionales, no desde las experiencias y demandas de quienes enfrentan cotidianamente sus efectos. La asimetría documentada durante la consulta se reprodujo en la narrativa posterior.

9.2 La crítica que no cedió: continuidad y profundización

Los 86 comentarios desfavorables registrados después de la publicación de la versión final muestran una marcada continuidad discursiva respecto al periodo de consulta: los mismos ejes de crítica, las mismas firmas, los mismos perfiles. Lo que cambió no fue la agenda, sino su formulación: los argumentos se volvieron más precisos y más politizados, articulados ahora explícitamente como parte de un entramado de colonialidad, racismo institucional

y control estatal sobre los cuerpos de las mujeres y sobre las prácticas comunitarias de atención al nacimiento. A ese núcleo se sumaron con mayor visibilidad organizaciones de derechos humanos, redes indígenas de alcance nacional y espacios académicos que ampliaron el alcance de las críticas iniciales.

No se trata de una nueva oposición, sino de la consolidación y ampliación de una coalición que ya existía, que insiste en su consigna: “Regular sí, pero con las parteras adentro y sin criminalizar sus prácticas”.

9.3 Dos lecturas de la misma norma

La coexistencia de estos dos discursos sobre el mismo texto normativo revela algo más que una disputa técnica. Ambos bloques comparten un diagnóstico de partida: reconocen la persistencia de la violencia obstétrica, las desigualdades en el acceso a los servicios de salud materna y la necesidad de transformar el modelo de atención dominante. Coinciden en que la partería es un recurso clave para avanzar hacia una atención más humanizada y culturalmente pertinente, pero sus interpretaciones sobre lo que la NOM representa frente a esa problemática son radicalmente opuestas.

Para el bloque favorable, la norma es una conquista: por primera vez la partería queda reconocida e integrada al Sistema Nacional de Salud, con perfiles definidos, atribuciones clínicas, rutas de referencia y espacios institucionales propios. Para el bloque crítico, esa misma integración es cooptación: la NOM jerarquiza entre “profesionales” y “tradicionales”, deja fuera trayectorias que no se ajustan al molde académico, y convierte los registros y recertificaciones en dispositivos de vigilancia que habilitan al Estado a decidir quién es partera y en qué condiciones puede ejercer.

Las diferencias se profundizan al situar la relación entre partería y Estado. Donde unos ven seguridad jurídica y apertura de puertas al empleo formal, otros ven mercantilización; por ejemplo, la exigencia de diplomados, las recertificaciones periódicas y los requisitos de infraestructura se interpretan como el desplazamiento hacia un modelo de formación de mercado que ignora las condiciones territoriales y el carácter colectivo de los saberes indígenas y afrodescendientes.

Este diálogo tenso no remite únicamente a una disputa sobre una norma específica. Expresa proyectos divergentes sobre la gobernanza de la reproducción y sobre el lugar que el Estado y la biomedicina deben ocupar en la organización social del nacimiento. La controversia en redes sociales es, en ese sentido, un espejo ampliado de los desacuerdos estructurales que atraviesan la regulación de la partería en México.

10. Conclusiones

El objetivo de este artículo fue analizar cómo se produjo y legitimó la NOM-020 como dispositivo de gobernanza del nacimiento y en qué medida su texto final incorporó las demandas de las parteras y usuarias sobre sus derechos. Los resultados muestran un proceso atravesado por asimetrías de participación, filtros técnico-jurídicos que priorizaron ciertos argumentos sobre otros, y una brecha persistente entre el discurso de reconocimiento intercultural y los mecanismos efectivos de participación de los pueblos y comunidades indígenas y afrodescendientes.

Para comprender el alcance de estos resultados es necesario situarlos en la trayectoria histórica que el propio estudio reconstruye. La NOM-020 no inaugura una nueva relación entre el Estado y la partería: actualiza un patrón recurrente que, desde los programas de “adiestramiento” de los años treinta hasta la institucionalización hospitalaria del parto post-2008, ha incluido a las parteras de manera instrumental, como recurso útil para cubrir carencias del sistema, sin reconocerlas en sus propios términos ni como sujetas con derechos y autonomía. La norma reproduce esa lógica con un lenguaje renovado de derechos, género e interculturalidad, pero sin alterar la distribución de autoridad que la sostiene. En este sentido, sus limitaciones no constituyen una excepción, sino la continuidad de un patrón estructural de incorporación subordinada de la partería al sistema de salud.

Uno de los hallazgos empíricos más relevantes es el desplazamiento del objeto normativo entre el anteproyecto de 2022 y el proyecto de 2024. La movilización de las parteras tradicionales y de quienes se autodenominan “en la tradición” contribuyó a que la norma dejara de apuntar directamente a su práctica para enfocarse en los establecimientos de salud y en la partería profesional, relegando la vinculación con la partería tradicional a un carácter no obligatorio. Desde la perspectiva de quienes resistieron la regulación, este desplazamiento constituyó un logro parcial: la arquitectura final de la NOM no las convierte en el sujeto regulado central, que era precisamente lo que rechazaban.

10.1 Lo que el proceso de consulta reveló: quién pudo ser escuchado y en qué condiciones

Más allá de los cambios puntuales incorporados al texto final, el análisis muestra que la lógica de selección de las observaciones respondió a un criterio constante. Las contribuciones fueron aceptadas cuando podían integrarse al marco jurídico y operativo previamente definido por la autoridad, mientras que aquellas que cuestionaban el alcance mismo de la regulación o la distribución de autoridad entre el Estado y la partería fueron sistemáticamente excluidas.

Las usuarias presentaron argumentos de alto alcance —la NOM vulnera la autonomía, la libre elección y la dignidad—, sustentados en testimonios directos de experiencias de cuidado y de violencia obstétrica. Esos argumentos fueron rechazados sistemáticamente bajo un criterio procedimental: al tratarse de experiencias individuales no traducibles a una propuesta de redacción normativa específica, no entraban por la puerta de la técnica normativa. El respaldo jurídico-ético de sus planteamientos era sólido, pero eso no fue suficiente.

Las parteras y las ONG lograron atravesar parcialmente ese filtro cuando tradujeron sus demandas al lenguaje de la norma mediante el señalamiento de numerales concretos, la formulación de redacciones alternativas o la citación de referencias normativas. Cuando lo hicieron así, obtuvieron ajustes de lenguaje, eliminación de incisos restrictivos y precisiones conceptuales. Pero cuando en sus propuestas exigieron redistribución de autoridad —como reconocer la certificación por pares, eliminar el esquema de “persona no profesional autorizada” o garantizar

la autonomía clínica para las parteras autónomas— fueron rechazadas. La autoridad no refutó los datos, sino que limitó la garantía: “Aunque sea razonable, no corresponde a lo que esta NOM puede hacer”.

Las propuestas provenientes de personas profesionistas y funcionarias obtuvieron una mayor aceptación, no porque sus argumentos fueran más sólidos, sino porque su lenguaje se ajustaba con mayor facilidad a los criterios del proceso normativo. No obstante, incluso estas propuestas fueron frenadas cuando implicaban expandir el objeto de la norma o redistribuir atribuciones.

En síntesis: la consulta pública operó menos como deliberación sobre fines —derechos, autonomía, interculturalidad— y más como mecanismo de ajuste del texto dentro de un marco previamente fijado. Los avances logrados son relevantes en términos técnicos y simbólicos —capacitación en interculturalidad, eliminación de restricciones a la difusión, reconocimiento de constancias de parteras para facilitar el proceso de registro de recién nacidos, incorporación del aborto seguro—, pero no alteraron la arquitectura central del instrumento ni la jerarquía que sitúa la partería tradicional y autónoma en un lugar subordinado al sistema institucional.

10.2 La deuda pendiente: consulta indígena y reconocimiento constitucional

El límite más profundo del proceso no es técnico, sino jurídico y político. La NOM-020 menciona, pero no consulta, y reconoce parcialmente, pero no garantiza la participación vinculante de las comunidades indígenas y afrodescendientes en la construcción normativa. Los comentarios que invocaron el derecho a la consulta previa, respaldados por el artículo 2° constitucional y el Convenio 169 de la OIT, no fueron refutados con base en sus argumentos, sino desestimados al declarar suficiente el proceso de consulta pública realizado. Con ello, la autoridad cerró la posibilidad de reconocer la consulta indígena como un requisito autónomo e insustituible por mecanismos generales de participación administrativa.

Esta omisión adquiere mayor relevancia si se considera que, en septiembre de 2024, mientras la consulta de la NOM estaba en curso, se publicó la reforma constitucional en materia de pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas, que reconoce explícitamente el derecho a la partería tradicional y a los sistemas normativos propios (Gobierno de México 2024b). La coincidencia temporal no se tradujo en convergencia normativa: la NOM avanzó por una vía técnico-administrativa, mientras que el reconocimiento constitucional no generó un correlato procedimental en este proceso. Esta disonancia evidencia una brecha persistente entre los avances en el plano del reconocimiento y los mecanismos democráticos de construcción de política pública, particularmente cuando se trata de pueblos indígenas y saberes comunitarios.

10.3 Lecciones para la incidencia y para las autoridades

El proceso de la NOM-020 ofrece lecciones concretas tanto para organizaciones y movimientos que buscan incidir en procesos normativos como para las autoridades que los conducen.

Para las organizaciones y las parteras, la lección central es que la asimetría de incidencia no se explica solo por la fuerza de los argumentos, sino también por el momento y la arena procedimental en que cada actora logró intervenir. Las parteras profesionales comenzaron a incidir a partir de 2018, participaron en el Grupo de Trabajo y lograron que sus intereses quedaran incorporados en la arquitectura inicial de la norma. Esa presencia temprana en la fase técnica de redacción redujo la distancia entre sus demandas y el lenguaje jurídico del instrumento, lo que incrementó su aceptabilidad.

Las parteras tradicionales, en cambio, detuvieron eficazmente el primer anteproyecto desde fuera del proceso, pero la decisión de no participar en el Grupo de Trabajo limitó su posibilidad de incidir en la fase en la que se construyeron los capítulos, las definiciones y los mecanismos. La participación posterior mediante comentarios ciudadanos, aunque aportó argumentos sustantivos, operó en condiciones procedimentales menos favorables para reconfigurar el núcleo del texto. La participación “desde fuera” puede ser eficaz para detener o visibilizar, pero suele ser insuficiente para modificar la estructura normativa si no se combina con presencia temprana en los espacios técnicos de negociación.

La recomendación que se deriva es clara: la incidencia en procesos de normalización requiere estrategias multinivel que combinen movilización social para construir legitimidad y presión pública, presencia sostenida en las arenas procedimentales y técnicas —grupos de trabajo, propuestas con redacción normativa, alianzas institucionales— y capacidad de traducción de las demandas al lenguaje técnico-jurídico del instrumento.

Para las autoridades, la lección complementaria es igualmente directa: la apertura de plataformas de comentarios no sustituye, cuando corresponde, la obligación de la consulta previa, libre e informada con los pueblos y comunidades indígenas y afrodescendientes. Fortalecer el enfoque intercultural y de derechos humanos en el texto normativo debe acompañarse de mecanismos de participación que corrijan y equilibren las asimetrías de voz, idioma y acceso que estructuran estos procesos. Sin esa corrección, los avances normativos en el plano del reconocimiento seguirán siendo insuficientes para garantizar la legitimidad democrática de las regulaciones que afectan directamente a los pueblos y a sus sistemas propios de salud.

Notas

1 Hasta donde hemos identificado, solo Durán et al. (2022) analizan de manera sistemática los comentarios de una consulta pública —la modificación de la NOM-051—, caracterizando actores, expectativas y demandas y cotejándolas con el texto final de la norma, pero sin seguir las reacciones y negociaciones que ocurren antes y después de esa etapa. El resto de la literatura se centra en estudiar las normas oficiales mexicanas como instrumentos de política pública o de regulación sectorial, ya sea al examinar su diseño y sus debilidades legales (Zetina Cardona 2022), la necesidad de normas para garantizar derechos específicos como el turismo accesible (Aguirre Osuna 2024) o la calidad de procesos de software (Flores et al. 2014), o al describir y comparar lineamientos técnicos en accesibilidad en salud (Mayagoitia et al. 1994).

2 El Seguro Popular inició su operación en 2004 con el objetivo de ofrecer seguro médico y medicamentos gratuitos a personas sin seguridad social. El programa brindaba cobertura para 294 intervenciones, 633 tipos de medicamentos y 37 insumos específicos.

3 Las Casas de las Mujeres Indígenas y Afromexicanas (CAMIs) son centros comunitarios dirigidos por mujeres indígenas y afromexicanas que prestan servicios de prevención y apoyo a las mujeres víctimas de violencia. Combinan la asistencia jurídica en lenguas indígenas, los servicios de salud tradicionales y biomédicos, y la educación comunitaria sobre derechos sexuales y reproductivos. Estos centros se financian con recursos públicos federales administrados por el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) en el marco de programas nacionales que promueven los derechos de las mujeres indígenas y afromexicanas (véase, por ejemplo, Vega Gutiérrez, 2020; Hernández Castillo, 2020; Freyermuth, 2024; INPI, 2024).

4 G. Hernández, entrevista por Graciela Freyermuth e Hilda Argüello, 9 de junio de 2025.

5 D. Meléndez Navarro, entrevista por Graciela Freyermuth Enciso e Hilda Argüello Avendaño, 26 de mayo de 2025.

6 Hugo López-Gatell, entrevista por Graciela Freyermuth, 3 de junio de 2025.

7 Nadine Goodman fue fundadora y directora de CASA A.C, organización que cuenta con una escuela de partería profesional creada en 1997 en la que se han formado 120 parteras profesionales a través de 17 generaciones. Un logro importante alcanzado en 2011 fue la inclusión de la carrera de Partera Técnica en el profesiograma del catálogo sectorial de puestos (CÓDIGO: M02117). A partir de entonces se cuenta con un código de contratación para parteras técnicas profesionales.

8 Hugo López-Gatell, entrevista por Graciela Freyermuth, 3 de junio de 2025.

9 Hugo López-Gatell, entrevista por Graciela Freyermuth, 3 de junio de 2025.

10 Paola Sesia, comunicación personal a Graciela Freyermuth Enciso, 28 de junio de 2025.

11 La Fundación Osa Mayor es una institución de asistencia privada y organización civil creada en 2014 en Tulum, Quintana Roo, México. Encabezada por Sabrina Speich, partera, y Nancy, antropóloga, su misión es acompañar a mujeres en procesos de cambio mediante la promoción de la partería tradicional y autónoma. Para ello, desarrolla programas de formación y certificación de parteras, impulsa la apertura de casas de parto y brinda apoyo a mujeres de escasos recursos para acceder a partos libres y respetados, ya sea en casa o en centros especializados. La fundación trabaja, según su propia descripción, “por la equidad, la dignidad y el bienestar materno-infantil”, con especial incidencia en la salud indígena y la partería tradicional mediante acciones de organización comunitaria y presencia activa en redes sociales. Además, cuenta con una escuela de partería.

12 Apolonia Plácido Valerio, entrevista por Graciela Freyermuth e Hilda Argüello, 18 de junio de 2025.

13 El temazcal es un recurso de la medicina tradicional mexicana, su nombre proviene del náhuatl “temazcalli” que significa “casa de vapor”. Es un tipo de baño de vapor, en un espacio cerrado, puede ser construido con diferentes materiales, y se utilizan piedras calientes que junto con el agua y plantas medicinales produce un vapor que eleva la temperatura de la habitación. Algunas etnias en Chiapas, como los tseltales lo utilizan cotidianamente, y sobre todo es empleado para las mujeres después de parir, durante el puerperio.

14 El rebozo es una prenda textil tradicional mexicana, de forma rectangular y elaborada principalmente en algodón, lana o seda, que las mujeres utilizan sobre los hombros o alrededor del cuerpo. Además de sus funciones como vestimenta, protección o para cargar bebés y objetos, en la partería tradicional constituye un instrumento terapéutico empleado para acompañar el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el puerperio. Mediante distintas técnicas de sostén, balanceo, compresión y movilización corporal, el rebozo se utiliza para favorecer el confort materno, facilitar cambios de posición fetal y brindar apoyo físico y emocional a las mujeres durante el proceso reproductivo.

15 Apolonia Plácido Valerio, entrevista por Graciela Freyermuth e Hilda Argüello, 18 de junio de 2025.

16 La Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional en México está integrada por parteras tradicionales indígenas, mestizas y rurales. La organización funciona como una red política y comunitaria para la defensa de la partería tradicional, y plantea el reconocimiento pleno de la partería como práctica de salud legítima, segura y culturalmente respetuosa, a la vez que como derecho humano y cultural de los pueblos indígenas. Entre sus objetivos centrales se encuentran los siguientes: garantizar que las parteras puedan ejercer sin amenazas ni acoso; que sus constancias de alumbramiento sean reconocidas por el registro civil; proteger y transmitir los conocimientos ancestrales; y asegurar servicios de salud interculturales que respeten la autonomía de las mujeres para decidir cómo, dónde y con quién parir. En adelante nos referiremos a ella como la Agenda Nacional.

17 Sebastiana Vázquez Gómez, entrevista por Graciela Freyermuth, 24 de junio de 2025.

18 Apolonia Plácido Valerio, entrevista por Graciela Freyermuth e Hilda Argüello, 18 de junio de 2025.

19 CAMATI Mujeres Construyendo desde Abajo A.C. es una organización civil chiapaneca establecida formalmente en 2016. Está integrada principalmente por parteras tradicionales, la mayoría de ellas indígenas y rurales; entre sus integrantes y fundadoras se encuentra la vocera del Movimiento de Parteras Tradicionales Nich Ixim.

20 Ofelia Pérez Ruiz, entrevista por Graciela Freyermuth e Hilda Argüello, 1 de julio de 2025.

21 La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) es la entidad federal mexicana responsable de diseñar, desarrollar e implementar modelos de atención y políticas para el Sistema Nacional de Salud.

Bibliografía

- Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional. 2022. "Pronunciamento de la Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional". Facebook, 25 de noviembre. <https://www.facebook.com/share/1BjJ752D4z/>.
- Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional. 2023. "Pronunciamento de la Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional". 10 de febrero. https://anpmi.com.mx/wp-content/uploads/2023/02/pronunciamento-febrero-2023_Agenda-Nacional-1.pdf.
- Aguirre Osuna, Lizzeth. 2024. "El derecho humano al turismo accesible y la NMX-R-050-SCFI-2006: accesibilidad de las personas con discapacidad". *Ciencia Jurídica* 13 (25): 90–111. <https://doi.org/10.15174/cj.v13i25.483>.
- Arana, Valentina. 2022. "Las parteras, una resistencia que encuentra su camino... Vuelven a soplar los vientos, las abuelas nos dijeron que siguiéramos viendo el faro de luz". Facebook, Nakupenda Terra, 24 de septiembre. <https://www.facebook.com/NakupendaTerra>.
- CNEGySR (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva). 2022a. *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*. Ciudad de México: Secretaría de Salud / CNEGySR. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/757963/LINEAMIENTO_SALA_LPR_7-9-2022.pdf
- CNEGySR (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva). 2022b. *Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México. Edición 2022*. Ciudad de México: Secretaría de Salud, CNEGySR, Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_tecnico_aborto.pdf.
- Comisión Nacional de Mejora Regulatoria (CONAMER). 2024. *Sistema de Mejora Regulatoria. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-020-SSA-2024*. 20 de agosto. <https://www.conamer.gob.mx>.
- Coronado Saldierna, Mari Cruz. 2015. "Escuela de Partería Profesional del Estado de Guerrero". En *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, coordinado por Graciela Freyermuth Enciso, 216–219. Ciudad de México: Observatorio de Mortalidad Materna en México / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Durán, Regina, Edalith Asmitia, Juan Rivera, Simón Barquera, y Lizbeth Tolentino-Mayo. 2022. "Effect of stakeholders' perspectives on the Front-of-Pack Labeling regulation in Mexico". Preprint. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1527580/v1>.
- Flores-Ríos, Brenda L., María A. Astorga Vargas, Oscar M. Rodríguez Elías, Jorge E. Ibarra Esquer y María del Carmen Andrade. 2014. "Interpretación de las normas mexicanas para la implantación de procesos de software". *Revista Facultad de Ingeniería Universidad de Antioquia* 71: 85–100. <https://doi.org/10.17533/udea.redin.15869>.

- Freyermuth Enciso, Graciela. 2012. "Capítulo II. Programa de atención materna y perinatal (Arranque Parejo en la vida)". En *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud*, coordinado por Gabriela Freyermuth Enciso, 51-119. Ciudad de México: INMUJERES / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Sureste.
- Freyermuth Enciso, Graciela. 2024. "El devenir de las parteras tradicionales en México desde el siglo XX". En *Medicinas indígenas y afromexicanas. Una aproximación diagnóstica*, coordinado por Roberto Campos Navarro, Carolina Sánchez García y José Antonio Tascón Mendoza, 373-404. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México / Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas.
- Freyermuth Enciso, Graciela, coord. 2024. *Panorama de la salud de los pueblos indígenas en los albores del siglo XXI: Rezagos y desafíos*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Freyermuth Enciso, Graciela e Hilda Eugenia Argüello Avendaño. 2015. "Viejos y nuevos rumbos de la partería profesional en México". En G. Sánchez Ramírez (ed.), *Imagen instantánea de la partería*, editado por Georgina Sánchez Ramírez, 21-46. San Cristóbal de Las Casas: El Colegio de la Frontera Sur / Fundación MacArthur / Asociación Mexicana de Partería.
- Freyermuth Enciso, Graciela y Esther Vázquez Peñate. 2025a. *Base de datos de actores y organizaciones a lo que se les respondió por la consulta pública del PROY-NOM-020-SSA-2024*. Base de datos derivada del DOF, 4 de marzo de 2025, no publicada. Ciudad de México: Observatorio de Mortalidad Materna en México / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Freyermuth Enciso, Graciela y Esther Vázquez Peñate. 2025b. *Base de datos de argumentos y propuestas presentados en la consulta pública del PROY-NOM-020-SSA-2024*. Base de datos derivada de comentarios de la consulta pública oficial, no publicada. Ciudad de México: Observatorio de Mortalidad Materna en México / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Freyermuth Enciso, Graciela y Esther Vázquez Peñate. 2025c. *Base de datos de actores y organizaciones vinculados al debate y los comentarios sobre la partería en México*. Base de datos no publicada. Ciudad de México: Observatorio de Mortalidad Materna en México / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Freyermuth Enciso, Graciela y Fabiola Hernández López. 2025. *Controversias públicas en torno a la NOM-020-SSA sobre partería en México: base de datos de publicaciones y debates en redes sociales y sitios web (2022-2025)*. Data set. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.18892719>.
- Freyermuth Enciso, Graciela y Sebastiana Vázquez Gómez. En prensa. *Floreciendo desde las raíces: la travesía de una líder tseltal hacia el empoderamiento y su transformación*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Fundación MacArthur. 2011. *Diagnóstico situacional de la partería profesional y la atención del parto en México*. Ciudad de México: Fundación MacArthur.
- Fundación Osa Mayor. 2022. "Regulación de la partería mexicana: ¿fortalecimiento o limitaciones?". Instagram [@comunidad.osa], 9 de septiembre. https://www.instagram.com/p/CiTxcC7DGJ_/.

- Galante Di Pace, María Cristina. 2015. "Centro de Iniciación a la Partería en Oaxaca, de la organización Nueve Lunas". En *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, coordinado por Graciela Freyermuth Enciso, 225–231. Ciudad de México: Observatorio de Mortalidad Materna en México / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Gallegos Vargas, Aura Renata. 2022. "Las parteras, una resistencia que encuentra su camino...". Facebook, 25 de septiembre. <https://www.facebook.com/share/p/19kGoV5REx/>.
- Gobierno de México. 1990. "Decreto por el que se aprueba el Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes". *Diario Oficial de la Federación*, 3 de agosto. https://dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4670079&fecha=03/08/1990&cod_diario=201211.
- Gobierno de México. 1991. "Decreto Promulgatorio del Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes". *Diario Oficial de la Federación*, 4 de enero. <https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/Convenio%20sobre%20pueblos%20ind%C3%ADgenas%20y%20tribales%20en%20Pa%C3%ADses%20Independientes%2024%20enero%201991.pdf>.
- Gobierno de México. 2009. "Decreto por el que se reforma el artículo 13 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización". *Diario Oficial de la Federación*, 30 de abril. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lfmn/LFMN_ref05_30abr09.pdf.
- Gobierno de México. 2020. "Decreto por el que se expide la Ley de Infraestructura de la Calidad y se abroga la Ley Federal sobre Metrología y Normalización". *Diario Oficial de la Federación*, 1 de julio. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596009&fecha=01/07/2020#gsc.tab=0.
- Gobierno de México. 2024a. "Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-020-SSA-2024". *Diario Oficial de la Federación*, 20 de agosto. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5733911.
- Gobierno de México. 2024b. "Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de pueblos y comunidades indígenas y afromexicanas". *Diario Oficial de la Federación*, 30 de septiembre. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5739986&fecha=30/09/2024#gsc.tab=0.
- Gobierno de México. 2025a. "Respuesta a los comentarios recibidos respecto del PROY-NOM-020-SSA-2024". *Diario Oficial de la Federación*, 17 de febrero. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5749340&fecha=17/02/2025.
- Gobierno de México. 2025b. "Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025". *Diario Oficial de la Federación*, 4 de marzo. <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/9491/salud/salud.html>.
- Goodman, Nadine y María Eugenia Torres. 2015. "CASA: escuela de partería profesional". En *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, coordinado por Graciela Freyermuth Enciso, 210–215. Ciudad de México: Observatorio de Mortalidad Materna en México / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Hernández Castillo, Rosalva Aída. 2020. *Casas de la Mujer Indígena: recorte a proyectos que salvan vidas*. La dekonstrucción.

- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2024. *Estadísticas de natalidad: nacimientos registrados, cubos dinámicos de consulta*. Base de datos interactiva. <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp>.
- INPI (Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas). 2024. *Padrones de apoyo a Casas de la Mujer Indígena y Afromexicana, primer trimestre de 2024*. Ciudad de México: Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas.
- Latour, Bruno. 2008. *Reensamblar lo social: Una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.
- Mayagoitia, Ruth E., E. Rivera y A. Olivares. 1994. "Establishing of access standards for people with disabilities". Ponencia presentada en la conferencia Engineering in Medicine and Biology Society, 1994. Engineering Advances: New Opportunities for Biomedical Engineers. Proceedings of the 16th Annual International Conference of the IEEE.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 1955. "Comité de expertos para la formación profesional de parteras: primer informe". *Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos* 93. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/0e908f21-bf35-410f-a7b5-8933246ec681/content>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 1966. "La partera en la asistencia a la madre: informe de un Comité de Expertos de la OMS". *Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos* 331. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38421/WHO_TRS_331.pdf?sequence=1.
- Presidencia de la República. 2022. "Versión estenográfica de la conferencia de prensa matutina del presidente Andrés Manuel López Obrador". 6 de septiembre. <https://lopezobrador.org.mx/2022/09/06/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-808/>.
- Rosenthal Sievers, Ondine. 2015. "Mujeres Aliadas, A. C.". En *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, coordinado por Graciela Freyermuth Enciso, 220–224. Ciudad de México: Observatorio de Mortalidad Materna en México / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Secretaría de Salud. 2024. *Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. Base de datos. Ciudad de México: Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/documentos/subsistema-de-informacion-sobre-nacimientos-sinac>.
- Secretaría de Salud y CNEGySR. 2024. "Minuta de instalación del Grupo de Trabajo para la elaboración del Anteproyecto de Norma Oficial Mexicana para establecimientos de salud y para la práctica de la partería en la atención integral materna y neonatal". Documento institucional no publicado. Ciudad de México: Dirección General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 6 de marzo.
- Sesia Arcozzi Masino, Paola María y Lina Rosa Berrio Palomo. 2023. *Situación actual de la partería indígena en seis estados de México: Informe ejecutivo 2021-2022*. Oaxaca: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Pacífico Sur, Unidad Pacífico Sur.
- Tagle Martínez, Martha A. 2019. *Iniciativa que adiciona el artículo 64 de la Ley General de Salud, a cargo de la diputada Martha Angélica Tagle Martínez, del grupo parlamentario de Movimiento Ciudadano*. Ciudad de México: Cámara de Diputados, 12 de diciembre. https://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/12/asun_3983702_20191212_1576180705.pdf.

Toulmin, Stephen E. (2003). *Los usos de la argumentación*. Traducido por María Morrás y Victoria Pineda. Barcelona: Ediciones Península.

UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 2011. *El estado de las parteras en el mundo 2011. Cuidar la salud, salvar vidas*. Nueva York: UNFPA. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_SoWMy_Full_1.pdf.

UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 2012. *"Ofrecer esperanza y salvar vidas: Inversiones en partería". UNFPA. Hoja informativa*. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SP-SRH%20fact%20sheet-Midwifery.pdf>.

Vega Gutiérrez, Verónica. 2020. *Casas de la Mujer Indígena o Afromexicana (CAMIs) en la Península de Yucatán*. Mérida: Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad Mérida, Universidad Nacional Autónoma de México.

Zetina Cardona, Carlos Santiago. (2022). *Un análisis crítico de los principales instrumentos de regulación ambiental en México*. Tesis de maestría. Ciudad de México: UAM-Azcapotzalco. <https://doi.org/10.24275/uama.8819.8827>.

Últimas publicaciones de ARC

Working Papers

- Hevia, Felipe y Diego Prado Tuma. 2026. "¿Cooperación o competencia? Diversidad de la incidencia de la sociedad civil en el sector educativo en Honduras." Accountability Research Center. *Accountability Working Paper* 21.
- Knowles, Idah. 2025. "Open Parliaments in Africa." Accountability Research Center. *Accountability Working Paper* 20.
- Gearhart, Judy y Connor Moynihan. 2025. "Alzando la voz: los pescadores se organizan por sus derechos y la sostenibilidad pesquera." Accountability Research Center. *Accountability Working Paper* 19.
- Parra Bayona, Mauricio. 2024. "Tejiendo vínculos entre autoprotección y protección colectiva: la experiencia de ACADESAN en Colombia." Accountability Research Center. *Accountability Working Paper* 18.
- Fox, Jonathan, Brendan Halloran, Alta Fölscher, y Rosie McGee. 2024. "Disentangling Government Responses: How Do We Know When Accountability Work Is Gaining Traction?" Accountability Research Center. *Accountability Working Paper* 17.
- Abhishek, Shriyuta y Samir Garg. 2023. "Las trabajadoras comunitarias de salud como defensoras de derechos: Explorando la identidad colectiva de las mitanin de Chhattisgarh, India." Accountability Research Center. *Accountability Working Paper* 16.
- Gearhart, Judy. 2023. "Building Worker Power in Global Supply Chains: Lessons from Apparel, Cocoa, and Seafood." Accountability Research Center. *Accountability Working Paper* 15.

Accountability Notes

- Nadelman, Rachel y Anushka Bose, 2026. "Impulsar la rendición de cuentas en la financiación para el desarrollo: el Programa de Becas Sandra Smitley." *Accountability Note* 17. Accountability Research Center.
- Fischer-Mackey, Julia, Joy Acheron, Hilda Argüello Avendaño, Benilda Batzin, Francisco Gómez Guillén y Rosaura Medina., 2025. "Diez dimensiones del fortalecimiento de redes: aprendizajes de personas promotoras del derecho a la salud en Guatemala, México y Filipinas." *Accountability Note* 16. Accountability Research Center.
- Acheron, Joy, y Abrehet Gebremedhin. 2025. "When Citizen Action for Accountability Boosts Legislative Oversight: The Multiply-Ed Experience in the Philippines." Accountability Research Center. *Accountability Note* 15.
- Freeman, Scott, Lani Inverarity y Megan Pearson. 2024. "Después del acuerdo: Implementando remediación por el desplazamiento en el norte de Haití." Accountability Research Center. *Accountability Note* 14.
- Parra Bayona, Mauricio, Elizabeth Barco Moreno, y Jonathan Fox. 2024. "Collective Protection for Communities and Rights Defenders at Risk: Lessons from Grassroots Advocacy in Colombia." Accountability Research Center. *Accountability Note* 13.
- Fox, Jonathan y Carlos García Jiménez. 2023. "De la contraloría campesina en el Programa de Fertilizantes a un nuevo paradigma de desarrollo en el campo mexicano." Accountability Research Center. *Accountability Note* 12.

Ver todas las publicaciones en: <http://accountabilityresearch.org/publications/>



American University
School of International Service
4400 Massachusetts Ave NW
Washington, DC 20016
www.accountabilityresearch.org