



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
DIRECCION NACIONAL DE NORMATIZACION DEL SNS  
SUBPROCESO DE SALUD INTERCULTURAL**

**CENTER FOR HUMAN SERVICES, CHS/ECUADOR**



*Informe de la consultoría preparada por CHS para UNFPA/Ecuador:*

**“DEFINICION DEL ROL DE LAS PARTERAS EN EL SISTEMA NACIONAL  
DE SALUD DEL ECUADOR”**

**Preparado por:**

**Daniel González G. – Jorge Corral F.**  
*Consultores del Center for Human Services, CHS/Ecuador*

**Marzo 2010**

## INDICE

<b>1. ANTECEDENTES</b>	3
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	4
<b>3. OBJETIVO</b>	5
<b>4. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA Y MARCO JURÍDICO</b>	5
4.1. Plurinacionalidad e Interculturalidad en la Constitución Ecuatoriana	8
4.2. Balance de Políticas relacionadas a la Partería en el Ecuador	11
<b>5. CARACTERIZACIÓN DE LA PARTERÍA TRADICIONAL</b>	14
5.1. La Partería Tradicional: perspectiva histórica	14
5.2. La Partería Tradicional Comunitaria en el Ecuador: perspectiva etnográfica	16
5.3. Rol que Desempeñan las Parteras en la SSR al interior de sus comunidades	19
5.4. Otros Roles que Cumplen las Parteras Comunitarias	26
5.5. Dificultades que las Parteras tienen en su actividad	28
5.6. Relación de las Parteras con Otros Sanadores de la Comunidad	29
5.7. Relación con el Personal de Salud	31
<b>6. PROPUESTAS DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA DEFINICIÓN DEL ROL DE LAS PARTERAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA:</b>	35
6.1. Línea Estratégica 1: Fomentar los Sistemas Tradicionales de Salud (Plurinacionalidad)	36
6.2. Línea Estratégica 2: Fomentar los espacios y las acciones interculturales entre los sistemas de salud ancestrales y sistema de salud convencional (Interculturalidad)	37
6.3. Línea Estratégica 3: Promover y apoyar otros modelos de atención de salud (Jambi Huasi)	39
6.4. Ámbitos de Aplicación de las Líneas de Estratégicas y Roles de las parteras en el SNS:	40
a) Roles de las Parteras Tradicionales en el Ámbito Comunitario	40
b) Roles de las Parteras Tradicionales en el Ámbito Institucional (Unidades Operativas del MSP)	42
c) Rol de las Parteras en Otros Modelos de Salud (Jambi Huasi)	43
6.5. Políticas de Fortalecimiento de las Prácticas Tradicionales de las Parteras	44
6.6. Políticas de Fomento de Relaciones interculturales entre Parteras y Personal de Salud	46
<b>7. PROPUESTA DE LINEAMIENTOS SOBRE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN</b>	51
<b>8. MECANISMOS DE RECONOCIMIENTO (ACREDITACIÓN)</b>	58
<b>9. MECANISMOS DE RECONOCIMIENTO (REMUNERACIÓN, OTROS INCENTIVOS)</b>	62
<b>10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	71
<b>11. GLOSARIO</b>	74
<b>12. BIBLIOGRAFÍA</b>	76
<b>13. ANEXOS: REVISIÓN A NIVEL INTERNACIONAL DE ACCIONES DE ARTICULACIÓN DEL TRABAJO DE LAS PARTERAS COMUNITARIAS</b>	79

## 1. ANTECEDENTES

A fin de reafirmar el compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el Gobierno de España ha ofrecido apoyo adicional a los países en desarrollo a través de un nuevo mecanismo de financiamiento llamado Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Fondo ODM), administrado por el Programa de Desarrollo de Naciones Unidas (UNDP). Para la ventana Temática de Cultura y Desarrollo del Fondo ODM, el Gobierno del Ecuador, conjuntamente con la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID) y el Sistema de Naciones Unidas (SNU), presentó ante el Fondo la nota conceptual Programa de Desarrollo y Diversidad Cultural para la Reducción de la Pobreza y la Inclusión Social. Esta propuesta fue diseñada en coordinación con el Ministerio de Coordinación del Patrimonio Cultural y Natural del Ecuador y la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador (SENPLADES). Posteriormente, a partir de la nota conceptual, se preparó el documento de programación conjunta, que define la orientación del programa, especifica los resultados esperados y las actividades que deben ser desarrolladas para lograr los objetivos, y precisa las zonas de intervención geográfica en el terreno.

El Programa Conjunto aprobado por el Fondo ODM se concentrarán en tres ejes:

- i) El fortalecimiento de políticas públicas interculturales,
- ii) El apoyo a iniciativas de revitalización cultural y productiva; y,
- iii) La construcción de capacidades nacionales en la planificación nacional y local mediante la producción de información estadística sobre la diversidad cultural y étnica.

El programa tendrá como contrapartes al Ministerio de Coordinación de Patrimonio Cultural y Natural (MCPNC) -socio principal- y a la SENPLADES. El MCPNC articulará los procesos impulsados por otros asociados nacionales que participan en este Programa. El Programa articulará a los gobiernos provinciales y municipales de las provincias de Esmeraldas, Chimborazo y Sucumbíos y desarrollará sus acciones con un enfoque que propenda al fortalecimiento de las capacidades nacionales, regionales y locales, así como a la participación activa de las personas destinatarias de esta cooperación.

La propuesta, que es consistente con el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF –por sus siglas en inglés –), se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno Nacional 2007-2010 y en la Estrategia del Ministerio Coordinador de Patrimonio Natural y Cultural y, busca contribuir a la aplicación de la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas.

El programa tiene un carácter interagencial, por lo que involucra la participación de varias agencias del Sistema de Naciones Unidas para el logro de los tres ejes propuestos. El UNFPA es responsable de varias actividades, una de las cuales es apoyar en la implementación y fortalecimiento de los Modelos de Salud Culturalmente Adecuados.

## 2. JUSTIFICACIÓN

En muchas comunidades se considera a la partera como una persona especial, escogida para salvar vidas, y reconocida como tal en la vida espiritual de la comunidad. La sabiduría de las parteras implica no sólo conocimientos sobre la fisiología y atención del parto, sino también el conocimiento y poder terapéutico del espíritu; esto atribuye a las comadronas reconocimiento social y autoridad sobre la vida en el proceso del nacimiento.

Actualmente, estas prácticas tradicionales que han existido ancestralmente desde hace miles de años entre los pueblos y nacionalidades indígenas, están desapareciendo debido a los procesos acelerados de aculturación y migración, así como por su aislamiento de las políticas oficiales de salud.

En el Ecuador, el MSP se ha propuesto enfrentar este aislamiento a través de la promoción de procesos interculturales de salud. Un ejemplo de esta iniciativa es la adaptación de los servicios obstétricos a las necesidades culturales de la población en zonas rurales, y la implementación de la normativa para la atención del parto culturalmente adecuado en el primer y segundo nivel de atención. Sin embargo, el papel de las parteras dentro del sistema nacional de salud (SNS) sigue siendo un tema que no se ha analizado y no se ha debatido suficientemente. Consecuentemente, no ha existido un acercamiento más holístico que reconozca y fomente la partería tradicional y sus sistemas ancestrales de salud, así como la articulación de estos a la red de servicios del MSP, permitiendo que la población en general se beneficie de modelos interculturales para el cuidado obstétrico-neonatal.

La última Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN)<sup>1</sup> del 2004, señala que el 78.5% del total de partos acontecidos en el país durante el periodo 1999-2004 fueron atendidos en establecimientos de salud. Sin embargo, cuando analizamos las estadísticas por provincia, este porcentaje varía considerablemente, principalmente en las áreas rurales. Por ejemplo, en toda la región Amazónica, más del 30% de los partos atendidos fueron domiciliarios. En Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas este porcentaje es mayor al 40%. El porcentaje de mujeres que se autoidentifican como indígenas y que tuvieron partos domiciliarios asciende al 65%.<sup>2</sup> Suponemos, aunque no se cuenten con datos precisos sobre este indicador, que estos partos fueron atendidos mayoritariamente por parteras tradicionales o comunitarias.

Hay muchas razones que pueden explicar por qué las mujeres y sus familias no buscan atención obstétrica en un establecimiento de salud formal. Sin embargo, la ENDEMAIN 2004 demuestra que la vigencia de la partería tradicional, junto con las percepciones de calidad en las relaciones interpersonales en las unidades operativas del MSP, juegan un rol importante en las decisiones de las mujeres sobre dónde dar a luz. Entre las mujeres cuyo último parto había tenido lugar en el hogar, el 24% mencionó la confianza y el trato más humano de la partera como una de las razones más importantes para tener un parto domiciliario<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> No se cuentan con datos estadísticos sistematizados y actualizados, estos datos podrían haberse modificado. Ordoñez J, Stupp P, Monteith D, et al. ENDEMAIN 2004 (Encuesta demográfica y de salud materna e infantil): Informe Final. Quito: CEPAR, 2005

<sup>2</sup> Encuesta Demográfica y de Salud Materna ENDEMAIN (2004) Situación de salud de los pueblos indígenas en Ecuador. Quito. CEPAR.

<sup>3</sup> Ídem.

Esta realidad da cuenta de la necesidad de no perder de vista la trascendente función social y cultural que históricamente han cumplido, y cumplen todavía, las parteras tradicionales de los distintos pueblos y nacionalidades. Estas cifras también muestran la importancia que tienen los sistemas tradicionales de salud en la atención de la salud sexual y reproductiva de un grupo muy representativo de mujeres madres en el país, a través del trabajo de miles de parteras tradicionales comunitarias, mismas que han venido cooperando -sin un reconocimiento formal y sin que al Estado le represente costos-, con la red de servicios estatales en su obligación de garantizar la atención integral de todas las mujeres embarazadas y los recién nacidos.

La definición del rol de las parteras en el SNS constituye un paso necesario para la consolidación del Estado plurinacional y de los modelos interculturales de salud, que prescribe la nueva Constitución Política del país. Para ello se requiere preservar y fortalecer los saberes y prácticas ancestrales de las parteras tradicionales y fortalecer los vínculos con la red de servicios públicos estatales, tanto en el ámbito comunitario como en el ámbito institucional del MSP.

Además es una oportunidad para consolidar el cumplimiento de los derechos en SSR y atención de salud de la infancia, aprovechando los saberes y prácticas ancestrales relacionadas a la partería. Solamente en este marco de cooperación y complementariedad entre los dos sistemas de salud se pueden definir estrategias adecuadas para contribuir efectivamente a reducir la muerte materna y neonatal.

### **3. OBJETIVO**

El objetivo de este documento es presentar una propuesta consensuada sobre el rol de las parteras tradicionales dentro del sistema ecuatoriano de salud pública, fundamentada en una revisión documental de experiencias nacionales e internacionales sobre el tema, y elaborada en base a un trabajo participativo con diversos actores, como son parteras tradicionales indígenas, afrodescendientes y mestizas de 15 provincias del país<sup>4</sup>, personal clave de las Direcciones Provinciales de Salud y del MSP a nivel central, y representantes de organizaciones sociales, indígenas y afroecuatorianas.

### **4. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA Y MARCO JURÍDICO**

La definición del rol de las parteras en el SNS nos aboca inequívocamente a entrar en un proceso de institucionalización de los sistemas tradicionales de salud y sus terapeutas, que si bien es cierto son parte del SNS, todavía actúan de forma informal y sin una clara coordinación con el sistema público estatal de salud. Precisamente lo que se busca es regularizar la práctica de la partería ancestral a través de la acreditación de las parteras tradicionales, la definición y organización de sus competencias (roles) y ámbitos de acción, así como la implementación de políticas de fomento y desarrollo que permitan la sostenibilidad de las propuestas que se definan en este sentido.

---

<sup>4</sup> Lamentablemente no se pudo contar con una participación de parteras del pueblo montubio, ni tampoco con participación significativa de parteras mestizas o parteras urbanas, por lo que no fue posible discutir a profundidad las condiciones de trabajo de estos grupos de parteras en particular.

En este sentido, la definición del rol de las parteras en el SNS requiere que reflexionemos previamente sobre algunos temas desde la perspectiva histórica, cultural, política e institucional. La partería tradicional es un saber y una práctica ancestral desarrollada mayoritariamente por mujeres de los pueblos y comunidades del Ecuador (indígenas, afroecuatorianos y montubios), y forma parte de sistemas tradicionales de salud que han subsistido gracias a la resistencia y la lucha de dichos pueblos.

A lo largo de cientos y a veces miles de años, en los sistemas tradicionales de salud se han formado y desarrollado especialistas de la medicina tradicional (yachaks, hierbateros/as, curanderos/as, sobadores/as y parteras/os) que dominan un conjunto de saberes, prácticas y tecnologías para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades. En el caso de las parteras tradicionales, estas son poseedoras de un rico acervo cultural para la atención del embarazo, parto y post parto de la madre y el recién nacido. El cuidado, tratamiento y uso de las plantas medicinales practicados por estos especialistas constituye uno de los patrimonios culturales más ricos y diversos del país. Los vínculos e intercambios de conocimientos entre sanadores tradicionales de la misma o de diferente especialidad constituyen amplias y dinámicas redes sociales incluso de alcance regional.

A diferencia del sistema occidental de salud que está constituido como un campo autónomo y especializado de la vida social, los sistemas tradicionales de salud están integrados a un conjunto complejo e interrelacionado de símbolos, creencias y ritos que forman una cosmovisión particular de la vida. En estas cosmovisiones, la relación salud - enfermedad está asociada al equilibrio entre naturaleza, cuerpo y espíritu, por lo cual es tan importante la dimensión afectiva en las prácticas ancestrales de sanación y especialmente en la atención del parto tradicional. El principio humoral rige la medicina ancestral y se basa en la dualidad calor/frío, cuyo equilibrio define la salud de las personas. Su manejo permite identificar las causas de la enfermedad y las terapias de sanación requeridas para restablecer el equilibrio entre estos dos componentes de la vida.

Los rituales y símbolos religiosos conectan a los sanadores con sus divinidades para recibir de estas su protección y el poder de sanación, pero además están cargados de significados que alimentan y orientan las prácticas y los valores comunitarios. Por ejemplo, las parteras tradicionales de algunas comunidades afroecuatorianas e indígenas del país colocan en el rostro de los recién nacidos un poco de sangre de sus madres para que sean personas honestas y con principios (“para que tengan sangre en la cara”). Por lo tanto, los agentes tradicionales de salud son considerados actores fundamentales de los pueblos y comunidades en el Ecuador, ya que no solo cumplen un rol fundamental en el cuidado de la salud, sino que reproducen y preservan el conjunto de la cultura y son líderes espirituales de sus pueblos y comunidades.

*“El rol de las mamás parteras va más allá de atender el parto, ellas tienen un rol orientador, de guía, un rol espiritual. Ellas reproducen los saberes, los conocimientos, orientan a las madres sobre cómo debe ser su cuidado, el cuidado del niño. El corte del cordón umbilical, el entierro de la placenta, el simulado del cocido de la boca al niño, tienen un significado en la comunidad, en la cultura de los pueblos indígenas. Entonces la partera es una reproductora importante de la cultura en la comunidad.*”

*Han habido mamas parteras que son líderes de la comunidad que han llegado a ser presidentas del cabildo de su comunidad”<sup>5</sup>*

Históricamente, los sistemas de salud tradicionales del país han sido perseguidos e invisibilizados por el Estado nacional, de matriz blanco-mestiza, hegemónico y etnocéntrico. En el ámbito de la salud oficial, por ejemplo, ha dominado ampliamente el sistema occidental biomédico “que privilegia los aspectos biológicos y técnicos, donde la salud es un hecho sanitario desligado de la realidad social y cultural”<sup>6</sup>.

Desde la visión del sistema de salud occidental y de las organizaciones internacionales de salud (OMS/OPS), el parto tradicional presenta peligros para la madre y los recién nacidos<sup>7</sup>, entre ellos:

- la falta de higiene e iluminación [durante la atención];
- falta de concepto de riesgo/complicaciones;
- no control del trabajo de parto;
- “manteada”;
- muchas personas en el parto;
- corte con elemento sucio;
- desgarros frecuentes, no control de sangrado;
- falta de atención inmediata del recién nacido;
- limpieza insuficiente de ojos;
- tardío contacto con el bebé.<sup>8</sup>

Muchos de estos temores están basados en el prejuicio y el desconocimiento, ya que no existen investigaciones científicas que hayan estudiado la relación directa entre complicaciones del parto o muertes maternas y de recién nacidos, con las prácticas tradicionales de la partería.

Uno de los esfuerzos sistemáticos realizado por el MSP en las últimas décadas ha sido la capacitación a las parteras tradicionales en “parto limpio”, identificación de señales de riesgo en el embarazo y de peligro en el parto, y la referencia y contrarreferencia entre parteras y unidades operativas del MSP. Estos temas deberán seguir reforzándose, pero requerirán una corrección metodológica importante. El enfoque dominante utilizado tradicionalmente en los programas de capacitación a las parteras tradicionales privilegia la comunicación en una sola vía, a través de la cual se imponen visiones y prácticas biomédicas, sin que exista previamente un dialogo que permita reflexionar sobre los saberes y prácticas ancestrales, valorando, por ejemplo, los aspectos positivos de la atención del parto tradicional como pueden ser el parto vertical o el “manteo”<sup>9</sup>, valorado por algunos médicos

---

<sup>5</sup> Entrevista al Dirigente de Salud de la ECUARUNARI, Mario Bustos.

<sup>6</sup> Rodríguez, Lilia, Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba - Argentina, de 24 a 26 de Septiembre de 2008, Pág. 17.

<sup>7</sup> Un dato importante que hay que añadir es que ninguno de los actores que participaron en las actividades contempladas en la consultoría expuso esta opinión. En parte, tal vez, porque no se incluyó en estas actividades la participación de un número más representativo de personal médico que trabaja en la unidades operativas del MSP.

<sup>8</sup> Medina Ibáñez, Armando, Guía para la Adecuación Cultural de los Servicios de Salud. MSP – BID. Cooperación Técnica de Apoyo a la Preparación del Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PRO-AUS) (EC-T1052), pág. 96.

<sup>9</sup> Maniobras realizadas por las parteras para acomodar al bebé en el momento del parto.

como una práctica que, aplicada con la técnica adecuada, puede ser beneficiosa para evitar la cesárea.

Las capacitaciones en los temas señalados deberían ser repensadas, promoviendo el “intercambio de conocimientos” con los agentes y sistemas tradicionales de salud, con la finalidad de negociar y acordar pluralmente el significado de las estrategias que deberán ser adoptadas para garantizar un parto seguro:

*“..., la negociación intercultural emerge como la estrategia fundamental cuando las esferas cognitivas y conductuales de los actores del sistema social se contraponen. El proceso de negociación cultural empieza por el respeto médico – etnográfico, identificando áreas de conflicto y acuerdo, localizando núcleos de significación e importancia que puedan sustentar punto de consenso, acuerdo y cooperación entre los actores a través de compromisos que respeten lo simbólico, lo ritual y lo esotérico.”<sup>10</sup>*

El parto atendido por los sistemas tradicionales de salud constituye una realidad,<sup>11</sup> protegida y garantizada por la nueva Constitución, como veremos mas adelante, que brinda un servicio público prioritario, en la mayoría de los casos gratuito,<sup>12</sup> para un porcentaje importante de mujeres y niños del país. La trascendencia de esta práctica tradicional y las recientes reformas constitucionales sobre los sistemas tradicionales de salud, nos obligan a repensar el enfoque sobre el rol de las parteras en el SNS.

Dicho rol deberá ser concebido en el marco de los mandatos constitucionales sobre Plurinacionalidad, Interculturalidad y el Principio del Sumak Kawsay, así como mandatos y políticas nacionales sobre salud sexual y reproductiva, y salud materno-neonatal.

#### **4.1. Plurinacionalidad e Interculturalidad en la Constitución Ecuatoriana**

Desde hace algunas décadas, los pueblos y nacionalidades del Ecuador han sostenido una dura lucha para que la sociedad y el Estado ecuatoriano reconozcan formalmente la existencia de sus sistemas culturales ancestrales. La Constitución del 2008 cristaliza en gran parte las demandas defendidas por este sector y establece los fundamentos de las nuevas relaciones de convivencia entre los/as ecuatorianos/as. La definición del Estado como plurinacional e intercultural en la Constitución (Art. 1), presenta un reto ineludible a la sociedad ecuatoriana para repensar los paradigmas, normas e instituciones que organizan la vida social en el país.

La nueva Constitución reconoce la existencia de las comunidades, pueblos, y nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas dentro del Estado ecuatoriano, estableciendo los derechos colectivos que los ampara y definiendo el contenido

---

<sup>10</sup>Armendáriz, Rubén, “Modelos Interculturales en Salud”, Memorias del Primer Congreso de Salud Intercultural de Ecuador, MSP, Coca, junio del 2008, Pág. 49.

<sup>11</sup> Aún cuando se quisiera universalizar la atención del parto institucional, hipótesis no consentida pues contradice la Constitución de la República, esto no podría hacerse en poco tiempo ni con los recursos que el Estado dispone; probablemente se requeriría décadas para alcanzar este objetivo.

<sup>12</sup> Algunos actores consideran que el pago en especies a las parteras tradicionales constituyen una forma de remuneración por el servicio ofrecido; creemos que esta práctica se la debe entender y situar dentro de los sistemas de creencias y valores comunitarios que rigen las relaciones interpersonales (principio de reciprocidad).



y los alcances de la plurinacionalidad (Art. 57). Se reconoce y garantiza, entre otros, el derecho a mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización en sus territorios legalmente reconocidos y tierras comunitarias de posesión ancestral. Con respecto a los sistemas tradicionales de salud se reconoce y garantiza el derecho a mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agro biodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional. Además el art. 363 añade que el Estado garantizará las prácticas de la medicina ancestral mediante el reconocimiento, respeto y promoción de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.<sup>13</sup>

Sólo en el marco de estos derechos colectivos y garantías constitucionales es posible pensar en la construcción de un Estado intercultural. Habitualmente se suele oponer la plurinacionalidad y la interculturalidad como conceptos contradictorios. Pero un análisis más detenido sobre estos principios nos ayudan a ver, ahí donde algunos observan distancias, más bien cercanías, y donde ven contradicciones irreductibles, más bien complementariedades. El concepto de interculturalidad se refiere a la posibilidad de un dialogo entre sistemas culturales diferentes que posibiliten el mutuo enriquecimiento y la creación de nuevas formas de interrelación y actuación que redunden en beneficios para todos los grupos sociales. La interculturalidad, al mismo tiempo que promueve el fortalecimiento de los diferentes sistemas de salud, abre la puerta para modelos de salud inéditos que se irán decantando en el mediano y largo plazo como resultado del diálogo e intercambio de conocimientos entre los diferentes sistemas de salud.

*“(La interculturalidad es un) proceso político que busca construir sociedades y Estados respetuosos de las diversidades y de los derechos de las diferentes culturas para que puedan contribuir de forma propositiva a la construcción de países realmente democráticos, a través de nuevas relaciones de poder entre culturas y pueblos.”*  
(Rojas y Araúz, 2008: 17)

El riesgo de que el sistema occidental absorba desde una visión etnocéntrica, y/o debilite, los sistemas tradicionales, en la aplicación de modelos interculturales de salud, empuja a que algunos actores, especialmente del sistema biomédico occidental, adopten un enfoque multiculturalista. El multiculturalismo es un opción teórica que defiende el respeto y la tolerancia de las diversas culturas, pero se opone a que puedan interactuar por temor a su desaparición<sup>14</sup>. En la práctica esta manera de plantear el problema no cuestiona la hegemonía del sistema occidental de salud y la inequidad con respecto a los sistemas tradicionales en las políticas, normas e instituciones del Estado.

Los temores expresados por esta visión no dejan de ser relevantes. Por ejemplo, en la experiencia ecuatoriana han habido casos en que las parteras que se han articulado a las unidades operativas del MSP, han terminado cumpliendo roles auxiliares, perdiendo y socavando sus saberes y prácticas tradicionales. Sin embargo, esto se ha producido en parte por que no ha existido una política oficial que defina claramente los roles de las parteras en

---

<sup>13</sup> Para el caso de la partería tradicional el numeral 12 de este artículo es especialmente relevante, pues, se garantiza la aplicación de estos derechos colectivos sin discriminación alguna, en condiciones de igualdad y equidad entre mujeres y hombres. El artículo 70 de la Constitución refuerza este concepto.

<sup>14</sup> Quintana Paz, Miguel A., “Qué es el multiculturalismo (y qué no es)”, Manual formativo ACTA, n. 51 (2009), p. 19-34.

el sistema nacional de salud (SNS), ni una comprensión cabal del potencial que significa construir una relación fluida entre los conceptos y principios que fundamentan la plurinacionalidad, los derechos colectivos y la interculturalidad.

El numeral 3 del tercer artículo de la actual Constitución establece como un deber del Estado ecuatoriano fortalecer la unidad en la diversidad. La Plurinacionalidad lejos de amenazar la integridad del Estado ecuatoriano, como algunos actores sostienen, la refuerza. El país es uno de los países más megadiversos del planeta no solamente por la vida natural y la riqueza y variedad de ecosistemas, sino también por las culturas de los pueblos y nacionalidades que lo habitan. La diversidad y riqueza cultural es una oportunidad para que el país formule vías de desarrollo alternativas que se enriquezcan con los valores, saberes y prácticas de los pueblos y nacionalidades ancestrales del Ecuador.

Los sistemas tradicionales de salud, como ya hemos dicho, han sido desconocidos e invisibilizados históricamente y han subsistido en condiciones precarias, permanentemente amenazados con la desaparición. Los derechos colectivos y la plurinacionalidad consagrados en la Constitución política proporcionan los medios para garantizar que esta diversidad cultural se mantenga y se desarrolle dentro de sus propios sistemas de reproducción social. La construcción de un Estado Intercultural en el campo de salud, sólo es posible si el diálogo entre sistemas culturales diferentes se hace en un marco de equidad, de ahí que se vuelve prerequisite imprescindible fortalecer y desarrollar los sistemas tradicionales de salud.

*“El problema de la articulación intercultural va mucho más allá, desde una visión. Primero la comprensión de lo que significa el Estado plurinacional, segundo lo que significa la construcción de relaciones interculturales y lo que debe significar ese tipo de interrelación entre el un saber y el otro saber, el entender de que el conjunto de saberes son importantes en la medida en que son saludables, no atentan a la salud de la persona con efectos colaterales o al ambiente, es decir nos sirven para restituir la armonía, porque el otro hecho es el de entender que la salud va más allá de la salud física, espiritual psicológica del individuo, sino que somos seres sociales y estamos en un ambiente, en un contexto. Entonces todo eso tiene que estar bien, tiene que estar bien la relación entre las personas, la relación con la naturaleza. O sea es otra visión de lo que es la salud. Frente a eso las políticas que yo implemento para que cada uno de esos sistemas que yo estoy valorando y respetando, puedan seguir vigentes, puedan seguir desarrollándose. Sí es importante que se desarrolle la investigación del sistema académico, casi no se invierte en investigación para acá, pero es importante también que se promueva el desarrollo y la investigación también de las prácticas de la medicina de salud ancestral. Entonces es una visión mucho más amplia en donde son cosmovisiones diferentes probablemente contrapuestas las que están presentes ahí... Entonces en realidad es otro concepto de desarrollo de visión de vida que está presente en las otras culturas, en la otra cultura, que en la de las nacionalidades. Entonces ¿cómo vamos a empatar eso? ¿Es cuestión solamente de que se topen los sistemas en la unidad de salud? O sea, ¿y que le permitan a la mama partera recibir [atender el parto] y todo eso, pero que no le cueste nada al Estado?. Es decir, es una visión mucho más amplia que demanda otro tipo de cosas.”<sup>15</sup> (Ecuarunari)*

---

<sup>15</sup> Entrevista Mario Bustos - ECUARUNARI

En el Preámbulo de la Constitución ecuatoriana se recoge el principio del Buen Vivir o Sumak Kawsay, como objetivo principal que deberá perseguir la sociedad ecuatoriana a través de los derechos y garantías consagrados en la Constitución Política. El principio del Buen Vivir o Sumak Kawsay proviene de la visión andina de los pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador. En esta particular concepción del “bienestar social”, donde se valoran y fomentan los principios de la relacionalidad, correspondencia, complementariedad y reciprocidad, la salud ocupa un lugar protagónico y se la concibe de manera amplia y holística como el equilibrio en la relación entre los seres humanos y de estos con la naturaleza. La ausencia de este equilibrio representa la enfermedad e imposibilita la consecución del Buen Vivir. (Rojas, 2008: 17)

La Constitución define preceptos que conectan el derecho fundamental a la salud de todas y todos los ecuatorianos con el Buen Vivir, los derechos colectivos y el principio de interculturalidad. El art. 32 de la Constitución, por ejemplo, garantiza de forma integral el derecho a la salud, mediante políticas económicas, sociales culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. Y añade que la protección de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En la parte relativa al régimen del Buen Vivir, se define que los sistemas tradicionales de salud y sus agentes forman parte del Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>16</sup>. El art. 362 prescribe que la atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales, alternativas y complementarias. Además señala que el SNS reconocerá la diversidad social y cultural y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (Arts. 358, 359, 360 y 362)

Por su parte el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 establece entre sus políticas de salud el “Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos” (Política 3.5). Para el cumplimiento de esta política establece las siguientes disposiciones:

- a) Incentivar la investigación sobre prácticas y conocimientos ancestrales y alternativos.
- b) Diseñar y aplicar protocolos interculturales que faciliten la implementación progresiva de la medicina ancestral y alternativa con visión holística, en los servicios de salud pública y privada.
- c) Introducir en la malla curricular de los programas de formación profesional en salud contenidos que promuevan el conocimiento, la valorización y el respeto de los saberes y conocimientos ancestrales y alternativos.
- d) Reconocer, formar con perspectiva de género e incorporar agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud.

---

<sup>16</sup> El SNS es parte del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, que incluye además los ámbitos de la educación, seguridad social, gestión de riesgos, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, cultura, comunicación e información, disfrute del tiempo libre, ciencia y tecnología, población, seguridad humana y transporte. (Art. 340)

- e) Generar y aplicar normativas de protección de los conocimientos y saberes ancestrales del acervo comunitario y popular.

#### 4.2. Balance de las políticas relacionadas a la partería en el Ecuador

La preocupación central de las entidades estatales e internacionales que trabajan en el tema de Salud materna y neonatal ha sido la de implementar estrategias orientadas a mejorar el acceso y la cobertura del parto institucional, poniendo especial énfasis en el tema de la calidad de los servicios públicos estatales, con el fin de reducir las tasas de muerte materna y neonatal.<sup>17</sup> Tal vez la iniciativa más importante en el Ecuador en este sentido fue la expedición en 1994 de la **Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI)**, más tarde reformada (1998).

La LMGYAI garantiza la atención obstétrica y de salud reproductiva gratuita a la mujer, así como atención al recién nacido y niños menores de 5 años. La LMGYAI se ha convertido en una herramienta muy importante para superar las barreras económicas en la atención materno-infantil, estimulando la expansión de la cobertura de la atención calificada del parto y contribuyendo a consolidar la salud y la calidad de atención como un derecho ciudadano.

Esta Ley autoriza a que otros proveedores, incluyendo los agentes de la medicina tradicional, debidamente acreditados por el MSP, puedan prestar servicios de salud materna, y que estas prestaciones sean reconocidas económicamente. Sin embargo, las prestaciones asignadas para las parteras tradicionales se encontraban limitadas a la referencia de pacientes a las unidades operativas del MSP.

Según el “Manual Técnico Operativo Administrativo y Financiero” de la LMGYAI elaborado en el 2002, el monto para el pago a las parteras por las siguientes prestaciones era:

- Captación y referencia temprana del embarazo (\$1)
- Referencia temprana de complicaciones obstétricas (embarazos de riesgo) (\$2)
- Referencia para el parto institucional (\$2)
- Referencia del postparto y recién nacido (7 días) (\$2)
- Captación y referencia de mujeres con hemorragias y complicaciones postparto. (\$2)

En la misma línea de mejorar la calidad en la atención del parto institucionalizado y aumentar la cobertura de los servicios de salud públicos estatales, pero bajo un enfoque más amplio, se incorporan en la “Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” otras nociones como la humanización y la pertinencia cultural en la atención médica<sup>18</sup>. La Política propone:

---

<sup>17</sup> Enfoque promovido por la OMS/OPS y recogido, por ejemplo, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que fueron suscritos por el Ecuador en el 2000.

<sup>18</sup> “Inicialmente los esfuerzos de mejoramiento de la calidad se enfocaron en aspectos clínicos de la atención, para dar paso desde finales del 2003, a la adecuación de los servicios obstétricos a las necesidades y expectativas de la comunidad en concordancia con las prácticas culturales locales; debido a la asimetría e inequidad de los datos oficiales a nivel nacional tanto en las de muerte materna y neonatal como en los indicadores de acceso y calidad de los servicios obstétricos y neonatales” Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, 2008, MSP, Quito, pág. 13.

*“Sensibilizar al personal de salud sobre los derechos de las personas para lograr una humanización de los servicios” (pg. 61) ... entendida como poner en práctica la cultura por el respeto a los derechos y que contempla las adaptaciones culturales, técnicas, de procedimientos, la transparencia, la participación en la toma de decisiones, la veeduría social, el mejoramiento de la calidad y calidez, el reconocimiento de los saberes y prácticas de las nacionalidades y pueblos que cohabitan en el país (pg.52)”*

En este documento se habla por primera vez de forma oficial sobre la necesidad de integrar a la red de servicios a la medicina alternativa y tradicional con todos sus conocimientos ancestrales, dotándoles de facilidades en las instituciones públicas y potenciando la práctica de las parteras dentro de la LMGYAI (pg. 59).

En el marco de la implementación del Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE), la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, con apoyo técnico y financiero del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) y Family Care International (FCI), elaboró e implementó en el 2005 una propuesta piloto de humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP) en los servicios de salud. Bajo el enfoque de las barreras que impiden el acceso de las mujeres embarazadas a la atención del parto “calificado” en la red de servicios públicos estatales, se desarrolla este componente para “modificar la práctica obstétrica” en los COE básicos y completos, “de modo que respondan culturalmente a las necesidades de las usuarias”.<sup>19</sup>

Finalmente, en agosto del 2008, el MSP publica la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, con el propósito de ampliar la cobertura de los servicios de salud:

*“La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto.”<sup>20</sup>*

En esta Guía se incorporan, como norma de uso obligatorio en la red de servicios de salud estatales, componentes de la atención tradicional del parto (posición del parto vertical, abrigo y vestimenta, alimentación). Se establecen criterios para la información que las usuarias deben recibir y para un trato culturalmente pertinente por parte del personal médico. Adicionalmente se permite el acompañamiento de familiares, o de la partera o cualquier persona que la paciente desee durante la atención del parto. El documento insta, recogiendo la demanda de las propias parteras, a que se defina el rol de las parteras en el SNS para que estas puedan acceder a una “participación institucionalizada” en los procesos de atención del parto culturalmente adecuado.

En síntesis, el enfoque de la nueva Constitución con relación a los pueblos y nacionalidades del Ecuador permite ampliar la orientación que debe tomar la definición del rol de las parteras en el SNS. La orientación básica debe apuntar primero a fortalecer y desarrollar los

---

<sup>19</sup> González Guzmán, Daniel, 2007, Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP). Publicado por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, “Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP, Quito, Ecuador, pág. 7.

<sup>20</sup> Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, 2008, MSP, Pag. 29.

sistemas tradicionales de salud (proceso de institucionalización de la plurinacionalidad) y, segundo, a la creación de modelos interculturales de atención pública de la salud.

Los sistemas de salud deben alimentarse del dialogo e intercambio de experiencias con equidad, tanto de los conocimientos de la medicina occidental, pero sobre todo, de los todavía ahora inexplorados saberes y prácticas ancestrales. Por lo tanto los procesos de mejoramiento de la calidad mediante la Adecuación Cultural de los servicios médicos públicos, y de definición de roles de los agentes tradicionales, deben enmarcarse dentro de este objetivo más amplio, que significa, no actuar dentro de los modelos hegemónicos para producir cambios relativamente pequeños, importantes sin lugar a dudas,<sup>21</sup> sino más bien construir nuevos sistemas de salud interculturales, más humanos, holísticos e integrales.

## **5. CARACTERIZACIÓN DE LA PARTERÍA TRADICIONAL**

### **5.1. La partería tradicional: perspectiva histórica**

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el cuidado que envuelven el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado una forma de atención específica para este acontecimiento, conducido principalmente por mujeres parteras, también llamadas comadronas o matronas, desde hace milenios.

En el Antiguo Egipto, la atención del parto ya era reconocida como una ocupación femenina de trascendental importancia. De igual manera, en la antigua cultura greco-romana las comadronas gozaban de gran prestigio y estima entre la gente, pues, además de ayudar a otras mujeres a parir, eran poseedoras de unos conocimientos muy variados, que iban desde el manejo del arte de las hierbas hasta el empleo de otras muchas técnicas para la curación de múltiples dolencias, tanto físicas como psíquicas. Ayudaban a curar distintas dolencias como la esterilidad, fiebres, trastornos mentales y ataques histéricos -que se atribuían a “sofocación de matriz” (...) siempre dispuestas a intervenir en los momentos difíciles.<sup>22</sup>

El aprendizaje de esta milenaria profesión estaba basado en la experiencia práctica que se iba adquiriendo al estar junto con otra matrona más experimentada. Se ejercía habitualmente por tradición familiar o por relaciones de proximidad. Era frecuente encontrar a varias generaciones de parteras (madre, hija y nieta), o a parientes próximos (sobrinas), que aprendían el oficio desde jóvenes junto a sus familiares ya veteranas, y que comenzaban a sustituirlas paulatinamente conforme iban adquiriendo formación y destreza, hasta independizarse por completo<sup>23</sup>.

Sin embargo, durante toda la Edad Media en Europa, y en América hasta el siglo XVIII, muchas de estas mujeres fueron víctimas de una brutal persecución por parte de los

---

<sup>21</sup> Cambios que no pueden ser menospreciados desde luego, pero que no cuestionan profundamente el dominio del sistema médico occidental y las desigualdades e inequidad con respecto a los otros sistemas de salud.

<sup>22</sup> Inmaculada Serrano, La formación de matrona a lo largo de la historia. Adaptación del texto elaborado para la exposición Matronas y Mujeres en la Historia. Pamplona, 28 de mayo – 2 de junio, 2002.

<sup>23</sup> Idem.

tribunales de la Inquisición, acusadas de herejes, hechiceras o brujas, debido especialmente a sus conocimientos sobre la regulación de la fecundidad (métodos anticonceptivos), por los cuales, según la Iglesia, se atribuían poderes sobre la vida y la fecundidad que sólo le correspondían a Dios.

Así, desde mediados del siglo XVI se extendió por Europa una corriente que pretendía regular el proceso de aprendizaje y el oficio de la partería, organizando los conocimientos obstétricos y ginecológicos, como lo demuestran los libros que aparecen sobre conocimientos materno-infantiles<sup>24</sup>. La aparición de manuscritos cada vez más rigurosos científicamente, iría desarrollando las Ciencias Médicas y por ende también las profesiones sanitarias. Además, estas publicaciones motivaron que poco a poco se fueran introduciendo varones en el campo de la obstetricia.

Esto también dio lugar a dos realidades distintas de la partería: en el ámbito urbano, surgieron mujeres parteras “de buena posición social, reputadas y bien formadas, no sólo en su campo sino con una cultura amplia”<sup>25</sup>, quienes darían origen al nacimiento de las “parteras profesionales”, de formación académica, a veces independiente o a veces como especialidad de la enfermería, también conocidas como obstetricas, o en inglés como “midwives”. En el ámbito rural, en cambio, la matrona siguió el modelo clásico ancestral: era una curandera experimentada en asistir partos, con una formación empírica, pero con un amplio conocimiento de las plantas medicinales, que utilizaba para asistir a las parturientas en sus domicilios.

En los más de 600 diferentes pueblos indígenas de América, incluyendo los de nuestro país, las parteras han tenido un origen similar desde los albores de la humanidad. En la América Precolombina, antes de la llegada de los europeos, las comadronas ejercían un verdadero “matriarcado obstétrico” y eran tratadas con veneración por los valiosos servicios que prestaban<sup>26</sup>. Entre los 3 grandes pueblos prehispánicos, los vocablos indígenas para denominar a la partera (en la cultura Azteca: *Tlamatquiticitl*; en la cultura Maya: *x-alansaj*; y en la cultura Inca: *Wawachachik*), hacían referencia a una mujer especialista y reconocida “en ayudar a nacer”.

No obstante, el conocimiento de la partería en estos pueblos formaba y aún forma parte de sistemas de salud tradicionales complejos dotados de mentalidades, actores y protagonistas muy propios (Cosmovisiones, Conceptos de Salud-Enfermedad, Manifestaciones Clínicas, Causas, Formas de Diagnóstico, Clasificación de las Enfermedades y Recursos Terapéuticos); donde se ha destacado el rol de los distintos agentes sanitarios.<sup>27-28</sup>

## **5.2. La partería tradicional comunitaria en el Ecuador: perspectiva etnográfica**

---

<sup>24</sup> Towler J. Bramall J. Comadronas en la historia y en la sociedad. Masson. Barcelona, 1997: 273-283. Citado en: Serrano (2002).

<sup>25</sup> García Martínez AC. García Martínez MJ. Valle Racero JI. La imagen de la matrona en la Baja Edad Media. *Hiades, Revista de Historia de la Enfermería*, n° 3-4, 1996/97:61-82, Citado en: Serrano (2002)

<sup>26</sup> Espinosa, Víctor M. y Azcárate, Sergio. *Obstetricia. Vigilancia Prenatal, Programa de actualización continua para el Ginecoobstetra (PAC-GO)*, Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, 1998, Pág. 3.

<sup>27</sup> “Historia de la medicina ancestral ecuatoriana”, ponencia del Dr. Antonio Crespo-Burgos. Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”, en el Primer Congreso nacional de medicina ancestral y medicinas alternativas en el marco del modelo salud familiar e intercultural, Loja, 14 de octubre 2008.

<sup>28</sup> Pilatuña Lincango, Jaime. “Sumak Kawsay (SALUD)”, en: Módulo: Sensibilización en Salud y Medicina Intercultural. Centro del Saber: Yachay Munay- Cosmovisiones, Universidad Intercultural “AMAWTAY WASI”, MSP-Salud Intercultural, 2009.

En el Ecuador conviven 14 nacionalidades y 19 pueblos indígenas, junto con pueblos afroecuatorianos, montubios y mestizos. Cada una de las nacionalidades y pueblos tienen sus propios sistemas médicos, es decir, sus propios recursos humanos y medicinales, tecnologías, concepciones de la salud y la enfermedad, validados por su propia cultura en el curso de su desarrollo histórico<sup>29</sup>. En cuanto a los agentes de salud, en nuestro país existe toda una gama de sanadores acreditados por sus propias comunidades:

*“los **Hombres y Mujeres de Sabiduría de la Tradición** (o de la **Sabiduría Ancestral**). Estos terapeutas son llamados Yachac Taitas (conocedores o sabios) en la nacionalidad Kichwa; Ponelas, en la nacionalidad Tsa’chila. En la Amazonía se los conoce como Yagé Juyuquë e Inti Paiki (nacionalidad secoya); Uwishines (nacionalidad shuar y achuar); Iroi (nacionalidad huaorani); y Shímano (nacionalidad zápara). En las estribaciones occidentales andinas: Mirukos (nacionalidad chachi). Terapeutas de la región interandina son los Jambic runas (curanderos) [En la amazonía también se los conoce como Pajuyuk y son herbolarios o yerbateros], Jacuc runas (sobadores) [también conocidos como fregadores], Wachachic (parteras)”.*<sup>30</sup>

En algunas nacionalidades como la Shuar, Achuar o Huaorani, no existe la figura de parteras tradicionales, dado que, son los mismos esposos o algún otro familiar quien asiste el parto, e incluso, en algunos casos, las mujeres dan a luz solas. Sin embargo, en la mayoría de los pueblos y nacionalidades, el rol de la partera es fundamental. En varias comunidades se considera a la partera como una persona especial, escogida para salvar vidas, y reconocida como tal en la vida espiritual de la comunidad. La sabiduría de las parteras requiere no solo el conocimiento de la fisiología y el tratamiento del parto, sino también el conocimiento y poder terapéutico del espíritu<sup>31</sup>; esto atribuye a las comadronas reconocimiento social y autoridad sobre la vida en el proceso del nacimiento y en la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

Aunque en algunas comunidades hay parteros varones, el conocimiento de partería generalmente lo aprenden las mujeres desde muy jóvenes. Lo aprenden de parte de algún familiar cercano (padres, abuelos, tíos, vecinos) que ha sido partera/o o yachak. Algunas familias han tendido la tradición de atender partos, y esta sabiduría la transmiten de generación en generación. La forma de atención del parto se la aprende en la práctica, mirando y ayudando a otra partera mientras atiende partos:

*“Por las abuelitas y las mamás. Nosotras desde muy pequeñas hemos visto cómo hacían nuestras abuelitas, ellas enseñaban. Más antes no había ni doctores, ni centros de salud, nada, más antes como decir, como quichuas tener los hijos en la*

---

<sup>29</sup> Medina Ibáñez, Op. Cit., Pág. 102

<sup>30</sup> MSP- Dirección Nacional de Normalización del SNS, Subproceso de Medicina Intercultural (DNSI). Mapa Estratégico 2009-2013, 2da. Edición, Quito, 2008, Pág. 33. (énfasis original)

<sup>31</sup> “Para las poblaciones indígenas andinas la salud no solo implica el bienestar físico sino el bienestar del alma. La enfermedad está relacionada con la voluntad divina, involucra no sólo a una persona sino a la comunidad, al medio ambiente y cualquier otro agente exterior, por lo que se debe curar respetando esta lógica; el curandero, yachag o partera es un intermediario de Dios, su ocupación es designada por el mismo Dios, y él sólo está en capacidad de realizar su voluntad. El uso de productos animales, vegetales o minerales no tiene en sí un poder intrínseco sino que está acompañado de procedimientos mágicos y es la voluntad divina lo que le dota de su poder curativo”, Buitrón Myriam, et, al, “La Sabiduría y arte de las parteras. Wachachik mamakunapak sumak yachaycuna”, Venecia, Circolo culturale Menocchio, 2002, Pág. 33.



*casa. Como abuelitas enseñaban a las nietas y decían: “ayudarás así”, entonces ellas enseñaban cómo tiene que ayudar a una partera. Más antes como partera no cortaban con tijera ni nada, con caña guadua, con eso el ombligo le cortaban”<sup>32</sup>.*

En muchos otros casos, la curiosidad o vocación por la partería han motivado a muchas mujeres a aprender este saber, mirando el trabajo de las parteras tradicionales de sus propias comunidades.

*“La que quiere aprender de una partera es la que le sigue a la partera, asiste donde va atender un parto, entonces ella mira qué se hace con la parturienta. Todo lo que se hace: maniobras, cómo se le atiende, cómo se le acomoda. A veces en la misma familia no hay hijas que le sigan, entonces la que quiere aprender está pendiente, pregunta qué es lo que hace, qué puede pasar, desde cuándo atiende, es decir, haciendo un seguimiento.”<sup>33</sup>*

En otros casos las parteras tradicionales han aprendido el saber de la partería dando a luz solas:

*“Por lo menos a mí no fue que me enseñaron, yo sola aprendí, yo mismo me preparaba cuando iba a dar a luz, yo mismo me sacaba mis hijos y de eso fui cogiendo conocimiento. El último parto que tuve me vino de pies. Puse un espejo, Dios me dio esa sabiduría, coloqué el espejo. Y la niña me saca un piecito, a lo que me sacaba el piecito yo le metía, hasta que me sacó los dos piecitos y así poco a poco yo le fui sacando, cuando ya vino de aquí (por los hombros), le hice que se virara de ladito y sacó un bracito, le hice vuelta al otro lado y me sacó el otro bracito y así cuando ya se me quedó de aquí (del cuello), le meto la mano, la bajo la barbilla y plum salió la niña, entonces esos son mis conocimientos que yo, de mi mismo cuerpo aprendí y desde allí ya comencé a atender. Me mandaban llamar y así con el favor de Dios a mi no se me ha muerto ningún niño en los 10 años que llevo”.<sup>34</sup>*

En algunas comunidades afroecuatorianas, las parteras o parteros escogen a la persona a quien van a transmitir este conocimiento, porque necesitan ver alguna cualidad especial en ella:

*“Tú no le puedes decir, sabes que enséñame. El que ya es partero, ya es conocedor. Por que el partero sabe oraciones, sabe un montón de cosas, es una cosa muy compleja. El siendo partero va escoger a quien le va enseñar. No porque es el hijo o el hermano le va enseñar, no. El, no sé con qué criterios escoge a quien le enseñaría, y si no encuentra la persona adecuada para enseñar, él morirá con su secreto. Porque un partero sabe de plantas, sabe de oraciones, de masajes, de tocar, de virar y todo eso. Y el título se lo da la comunidad, porque no existe una institución que le diga tú eres esto. No hay garantía de que esa partera va enseñar. Ninguno de los etnomédicos enseña porque alguien quiere aprender. Ellos verán cuál es el niño de pequeño, que tiene las cualidades para aprender, que tiene el interés para aprender. Una de la*

---

<sup>32</sup> Grupo Focal Parteras -Sucumbíos

<sup>33</sup> Ídem.

<sup>34</sup> Grupo Focal Parteras- Esmeraldas

*cosas que está claro, que si tú sabes algo, y le vas a enseñar a ese niño, tiene que haber un compromiso del niño o del joven, que le va a dedicar un tiempo a eso”.*<sup>35</sup>

En efecto, como manifiestan muchas parteras, la partería no es para cualquier persona, a veces nace por una profunda vocación y necesita reunir algunas cualidades valoradas en la comunidad. Algunas parteras señalan que esta vocación la han sentido desde niñas: “La partera tiene que tener vocación. El corazón del niño es quien le llama a la persona, pero no puede ser cualquier persona, los que hemos estado caminando con los mayores, desde niños hemos estado aprendiendo, hemos visto cómo atienden, cómo han limpiado”.<sup>36</sup>

La partería requiere de un proceso de aprendizaje muy serio, así por ejemplo, el conocimiento del uso de las plantas medicinales es un requisito fundamental:

*“...hay que conocer bien el monte, porque hay tomas que hay personas que no están capacitadas para darlas, ha habido muchos problemas por esas tomas. Por eso es que a veces los médicos no las aceptan directamente, porque no todas son confiables. Yo puedo decir soy partera, cojo una chica la atiendo, me sale mal a mí y el médico va a decir primero “la partera fue”, y si yo no sé y meto la mano, prácticamente estoy dañando la imagen de las que sí saben”.*<sup>37</sup>

La responsabilidad, la mística y la entrega en su trabajo son cualidades fundamentales y son la base de la confianza y el respeto que la comunidad tiene en sus parteras tradicionales.

*“Nosotras no vemos hora, no vemos llueva, no vemos si estamos con hambre, no vemos a nuestros hijos, incluso si estamos mal de salud, nos vamos, porque sentimos como mujeres la desesperación en el momento del dolor, sentimos en carne propia que la otra persona igual va estar con esas molestias, esa preocupación. Esa confianza que tiene esa persona, “vea comadre, vea señora partera, vea vecina, ayúdeme mi hija se muere, mi mujer se muere”. Entonces vamos le asistimos. “Gracias” nos dicen, tal vez, lo que tienen ellos, llévese un pollito, pero lo más el 90 % es el gracias. Nos sacrificamos desvelándonos, y es la confianza que ha tenido la comunidad, los pueblos y sobre todo las razas, para que nosotras estemos acá como las representantes de parteras y tengamos esa experiencia, ese orgullo, de decir, sí, estamos en la capacidad de atender muchas mujeres. Somos apreciadas por la comunidad, por todos los moradores y la confianza que nos dan a nosotros. Igual nosotras sentimos como si fueran nuestras hijas, como si fueran nuestra carne a la mamá que está con esa desesperación de que venga un hijo al mundo.”*<sup>38</sup>

Otra cualidad manifestada por muchas parteras se refiere a que realizan su actividad por convicción, y no por dinero, reforzando de esta manera relaciones de afecto, solidaridad y reciprocidad al interior de la comunidad: “Cuando hacemos las limpias, dice la señora, y ahora ¿cuánto nos va a cobrar? Digo nada, porque no es un quintal de papas, para que usted me pague. Usted me paga su voluntad, si tiene, sino Diosito me pagará”<sup>39</sup>

---

<sup>35</sup> Entrevista: Cecilia Corozo- CODAE

<sup>36</sup> Grupo Focal Parteras - Esmeraldas

<sup>37</sup> Ídem

<sup>38</sup> Grupo Focal Parteras - Sucumbios

<sup>39</sup> Grupo Focal Parteras - Chimborazo

*“Son historiadoras, son consejeras, son personas de mucho respeto y tienen esa mística, esa esencia de amor hacia el prójimo, porque para ellos, para los que tenemos ese agrado de ayudar a los demás, nunca vemos el bolsillo. Sin ofender a los doctores, pero en las clínicas lo que ven, al menos si son familias que tenga en Nueva York, enseguida pone a meter cuchillo [a hacer cesárea]. Una buena partera no ve que la otra persona tendrá o no tendrá para pagar. Lo que si ven es más espiritual, por eso a uno da sentimiento. Y secreta [confidente], aconseja las cosas, por ejemplo, cuando viene con marido, al marido aconseja, nuestras abuelas lo que decían es: “ya está en cinta, no harás tener rabia, haga fuerza, empieza a valorar la tierra”. Y también tiene que ser otra cosa, la partera está en los propios quehaceres de la casa, de la comunidad, ella lucha contra el frío, contra el sol. Ellas no está servidas, ellas son servidoras de todos. Ahí se le conoce la cualidad de una persona.”<sup>40</sup>*

### **5.3. Rol que desempeñan las parteras en la salud SSR al interior de sus comunidades**

Las parteras cumplen un rol fundamental en la salud sexual y reproductiva en sus propias comunidades. Ellas intervienen con sus conocimientos a lo largo del embarazo, el parto, y después del nacimiento.

#### **a) Durante el Embarazo**

*“la partera es la que cuida tu embarazo, te va cuidando, te dice si el niño está bien, te dice cuántos meses tiene, te ve el porte, es que te va a dar un seguimiento a todo el tema del embarazo. Pero la partera cubre más allá el tema de embarazo, porque te puede orientar en alguna enfermedad, una cuestión que tenga que ver netamente con el tema de mujeres. Y la partera no te suelta al niño que porque ya nació ahorita ya me olvidé, no, ella se encarga de ver cómo deja organizado que el cordón umbilical, que no se qué, que no se cuánto, y al niño no te lo suelta tan fácilmente. Cualquier situación [problema de salud] del niño pequeñito con la partera. Y de la mujer, por ejemplo, nosotros tenemos el tema de que la mujer después del parto tiene un cuidado, un tiempo de que no cocina, no lava, un tiempo de que está metida en cama, un tiempo de recuperación. Después del parto tenemos una serie de cuidados, debidas tomas, que para limpiarte el organismo, que si esto y que el otro, que inclusive algunos hasta te fajan, o sea, es todo un tratamiento que empieza con el asunto del embarazo y termina casi más o menos hasta el año, cuando el niño ya pasó del peligro normal, ese es el proceso de la partera”<sup>41</sup>*

Entre los procedimientos más comunes de la partera realiza durante el embarazo se encuentra la atención de ciertas molestias atribuidas generalmente al frío<sup>42</sup>; para tratar estas molestias, la partera frota el vientre de la madre con manteca caliente de algún

---

<sup>40</sup> Ídem.

<sup>41</sup> Entrevista: Cecilia Corozo- CODAE

<sup>42</sup> Un elemento importante dentro de la medicina tradicional de los pueblos y nacionalidades indígenas que es aplicado en la atención del parto y el cuidado del embarazo es el principio humoral. Este principio sostiene que, la salud de la persona depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos a los que se está expuesto: “Un exceso de fuerzas termales, calientes o frías, que perturbaren este equilibrio conduce a la enfermedad, la cual se trata por terapias que conforman el “principio de oposición” es decir, un remedio caliente para una enfermedad fría, o un remedio frío para una enfermedad caliente”. Foster, George M., “On the Origin of Humoral Medicine in Latin America”, *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol.1, N° 4 (Dec., 1987), Pág. 355. (traducción nuestra)

animal. Igualmente, en las vistas a la embarazada, la partera ofrece consejos sobre los problemas del embarazo, y predice el sexo del niño.<sup>43</sup> También durante el embarazo la partera brinda remedios de plantas medicinales para la “debilidad”, las náuseas del embarazo, y la amenaza de aborto: “Les sirven también como consejeras de las mujeres, cuando, por ejemplo, van a dar a luz, les dicen primerito hasta qué punto tienen que tener relaciones, cuando ya no debe tener.”<sup>44</sup>

Sin embargo, uno de los procedimientos más importantes que realizan las parteras durante el embarazo es el “acomodar” con sus manos al niño cuando éste se encuentra atravesado en el vientre de la madre, o “mantear” a la parturienta con el propósito de que el bebé tenga una posición normal. El manteo es una maniobra que consiste en recostar a la madre sobre una manta o poncho y sacudirla delicadamente de un lado a otro. Según el criterio de las parteras tradicionales estas maniobras, como los masajes o el manteo, es preferible hacerlas entre el séptimo y octavo mes del embarazo, pues el bebé todavía tiene espacio para acomodarse en una correcta posición.

Las parteras manifiestan que con estas maniobras han ayudado a muchas mujeres a evitar que se les realice una cesárea: “Los doctores no saben ver como nosotros dónde está cabecita, sino puede entonces hacen cesárea. Yo sé fregar con manteca de gallinita, primerito donde está cabecita. Después hace suavita la barriguita y así como quiera hacer derecho. En mano de nosotros manteamos para que no haga cesárea.”<sup>45</sup>

Al respecto, varios profesionales de salud han manifiestazo con asombro la habilidad de las parteras ante estos procedimientos:

*“Porque como médica he visto muchos casos de mujeres embarazadas que han venido los niños en posición transversal y que para nosotros los médicos del sistema occidental eso es una cesárea, pero las compañeras parteras dicen “no, yo le puedo acomodar” y evidentemente hay muchas cesáreas que no se han realizado y no hay desprendimientos placentarios, ni todos los riesgos que se dice”*<sup>46</sup>

Otra de las funciones importantes durante la atención de la embarazada es la identificación de las señales de peligro: “... que le baja sangre, se hincha, los vómitos permanentes. La mamá no alimenta, se pone débil, se pone anémica, ya tenemos cuidado que no nos va a colaborar en la atención del parto. Entonces no va a tener fuerza, el niño va a salir pequeño, débil, va a tener problemas. Otro que nos damos cuenta, es que la mamá se hincha, todo el cuerpito. En el campo, antiguamente hacíamos la evaporizaciones, igual en caso de que la mamita sangraba hartito, se le daba la hojita de yuca, para que detenga el sangrado y el reposo, tenía que descansar, no tenía que hacer muchas actividades”.<sup>47</sup>

En muchos casos complicados las parteras refieren a sus pacientes a un centro de salud:

---

<sup>43</sup> La predicción del sexo del bebé se la realiza de diferentes maneras: por la posición del bebé, por el tamaño de la cabeza del bebé en el vientre de la madre, y por el color de los pezones de la mujer, e incluso pueden predecir el sexo del bebé en el próximo embarazo de la mujer, al observar la forma del cordón umbilical. (Grupo Focal Parteras - Sucumbios)

<sup>44</sup> Entrevista Ofelia Lara - CONAMUNE

<sup>45</sup> Grupo Focal Parteras - Chimborazo

<sup>46</sup> Entrevista Dra. Carmen Cadena - Casa Campesina Cayambe

<sup>47</sup> Grupo Focal Parteras - Sucumbios

*“Entonces ellas dicen, si van a dar luz conmigo, yo le quiero hacer el seguimiento hasta que dé a luz, para yo saber, hasta que punto está bien, sino para reportarle al médico, porque ellas saben el límite hasta dónde saben llegar. Eso hace que la gente crea en ellas, porque ellas no lo hacen así porque sí, soy una partera y lo que sea puedo hacer, también saben sus límites y saben reconocer cuando pueden hacerlo y cuando no. Los indígenas también dicen que por eso nunca se les mueren. Más bien mueren en el hospital, dicen. Eso ya es un pensamiento de cada persona, ellas dicen, nosotras nunca se nos han muerto, ni la mamá ni el niño”.<sup>48</sup>*

## **b) Durante el Parto<sup>49</sup>**

Según la cosmovisión andina, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales (susto). Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. El nacimiento de una nueva vida está ligado a profundas creencias y rituales que manifiestan un sincretismo entre la cosmovisión indígena y la tradición religiosa católica. Entre las comunidades afroecuatorianas, por el contrario, predomina esta última:

*“Mamita [que era partera] sabía que cuando le llamaban a dar luz, ella primerito, tenía un altarcito donde tiene sus imágenes, las vírgenes. Hacía su ritual, rezaba y le pedía permiso a Dios y le pedía valor a la Virgen para que pueda venir el niño. Y en su falda ponía, ponía una falda sobre otra, entonces en la otra se ponía todo lo que necesitaba y llevaba así. Pedía permiso, y para entrar a la casa donde iba hacer dar a luz también pedía permiso, hacía su oración y luego entraba y de ahí colocaba en una mesa todo tipo en un ritual, todo lo que necesitaba y luego empezaba atender a la señora que iba dar a luz.”<sup>50</sup>*

En algunas comunidades indígenas del Ecuador toda la familia colabora en el parto tradicional; en las tareas de preparación de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, etc., sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la mamá, y/o la suegra de la parturienta: “hay mujeres que les gusta que entre el marido con guaguas, la mamá y hasta los amigos; hay otros que solo la mamá o solo el marido, pero también hay las que les hacen esperar aparte”<sup>51</sup>. De cualquier manera, el ambiente de familiaridad o de intimidad se respeta pues hay mujeres que prefieren permanecer sólo con la comadrona en el momento del parto, aunque siempre disponen de sus familiares quienes están cerca pendientes de la labor de parto y que las asisten inmediatamente luego del alumbramiento.

---

<sup>48</sup> Entrevista Ofelia Lara - CONAMUNE

<sup>49</sup> La presente descripción está basada principalmente en una detallada presentación realizada por la Lic. Mercedes Muenala coordinadora del Subproceso de Salud Intercultural de Imbabura, en octubre del 2009, y se refiere al proceso de atención del parto tradicional entre comunidades indígenas andinas. Es necesario advertir que los procesos de atención del parto en comunidades de la Amazonía o de la Costa del Ecuador tienen considerables variaciones.

<sup>50</sup> Entrevista Ofelia Lara - CONAMUNE

<sup>51</sup> Testimonio de María Cristina Tigsí, comadrona de la comunidad Chauzán Totorillas, Guamate Prov. de Chimborazo, en: Buitrón Myriam, Op. cit., Pág. 42.

Durante la primera etapa del parto, luego de observar el estado general de la parturienta, la partera le pregunta cuándo y dónde inició el dolor, luego le toma el pulso y pregunta si el dolor es fuerte o débil, así como qué actividades realizó ese día. También le preguntan si caminó por sitios peligrosos (quebradas, chaquiñanes) pues si este es el caso, primero es necesario realizar rituales de limpia energética o curación del mal aire. También es necesario alejar a las personas de mala espalda (chiki washa).

A continuación, se prepara el lugar del parto, el cual debe estar aseado y abrigado, generalmente se coloca una estera sobre el suelo y sobre ella una cobija o manta abrigada, además debe estar cerca del fogón para mantener el calor de la parturienta durante todo el proceso del alumbramiento. Los materiales que utiliza la partera generalmente son una tijera, la cual es previamente hervida o esterilizada con alcohol, hilo para amarrar el cordón umbilical, guantes, toalla, cobijas, y pañales o la ropa del bebé, así como una amplia selección de plantas medicinales que cumplen funciones energizantes, analgésicas, rituales y simbólicas. Las plantas más utilizadas en el norte de la región interandina, por ejemplo, son:

- Chilca, (ritual de limpia)
- Achira, (ritual para representar el rasgado del “zurrón”, cuando no se rompe el saco amniótico)
- Hoja de higo, (medicinal)
- Manzanilla, (medicinal)
- Flor seca de llantén, (medicinal)
- Cebolla, (estimulante para expulsar la placenta)
- Linaza y culantro, (medicinales)

Algunas de estas plantas medicinales son endulzadas con panela y son mezcladas con un poco de licor para dar energía a la parturienta.

Posteriormente examinan todo el cuerpo: buscan signos de peligro, detectan la posición del bebé, y si está en mala posición, frotan el vientre de la madre con un poco de manteca caliente o aceite de almendras y con suaves masajes encauzan su posición, o también realizan la maniobra del “manteo”.

Durante el trabajo de parto las parteras tradicionales dan apoyo psicológico a la parturienta: “Mejor en esos momentos yo entendía [el dolor de la parturienta], prácticamente trabaja la psicología bastante. Trataba de dar cariño, abrazarle, acariciarle en esos momentos de dolores fuertes. Ahí es donde más se necesita el cariño de alguna persona que tiene más confianza, ya puede ser el esposo, la mamá, o también si tiene confianza en la partera, también de la partera.” (Grupo focal parteras - Chimborazo)

Durante la segunda etapa del parto, para mantener abrigada a la madre, se le coloca una gorra o chalina en la cabeza, bayetas en vientre y cadera, y a veces también realizan vaporizaciones. Cuando el dolor es más corto e intenso se acercan al fogón, y se abriga con cobijas a la parturienta en todo momento, pues si entra el frío a la matriz se puede dificultar el parto. Cuando se acelera el pulso y empieza a sudar, la partera le brinda agua de plantas medicinales calientes.

La partera indica a la parturienta que se coloque en la posición que se sienta más cómoda, generalmente la parturienta se coloca en cuclillas o arrodillada, rodeando con sus brazos la cintura de su esposo y reclinando su cabeza en sus rodillas, mientras él permanece sentado en una silla, sosteniéndola de los hombros y hablándole al oído para darle apoyo. La partera se coloca de rodillas por detrás de la parturienta, y atiende el parto desde esa posición. Recibe sosteniendo la cabeza del bebé con mano derecha y con la mano izquierda el resto del cuerpo.

Cuando nace el niño, la comadrona lo recibe y limpia inmediatamente la cara, nariz, ojos y oídos con un lienzo limpio, le revisa el paladar, y lo hace arropar junto a la madre para iniciar la lactancia, mientras permanece en la misma posición esperando para expulsar la placenta. Esperan de 3 a 5 minutos hasta que salga la placenta manteniendo al niño en la misma altura de la madre. Algunos procedimientos y rituales para estimular la expulsión de la placenta son el introducir una pluma de gallina en la boca de la madre para estimular el vómito y contracciones, o el dar de tomar agua de linaza, panela, o huevo tibio con paico y con sal, además de realizar delicados masajes en el vientre y la espalda de la madre.

Una vez expulsada la placenta, la partera amarra el cordón umbilical con el hilo chillo blanco, o hilo rojo de lana de borrego, según la costumbre de cada comunidad, y corta el cordón midiendo de 2 a 3 dedos para mujeres y de 3 a 4 para varones.

El recibimiento del niño es un procedimiento cargado de mucho simbolismo y ritualidad:

*“En el momento que nace el niño, ella es la persona que pone la bendición, ella santigua, o sino en el sitio donde va a nacer el niño hace algunos rituales para proteger, para que la madre tierra no le afecte a ese niño. Ella tiene muchos conocimientos, y así mismo en el post-parto cuando la placenta no sale o cuando hay algún caso, ella conoce qué plantas debe tomar, qué rituales hay que hacer, y una vez que nace el niño a qué distancia debe cortar el cordón umbilical si es mujer, si es hombre; qué consejos debe dar, qué es lo que tiene poner en la mano del niño cuando nace, plata, o algún objeto, porque para ella cuando viene el niño, cuando ponen plata en la mano, es la persona que en el futuro va a tener plata. Pero si no le ponen nada, ese niño no va a trabajar, o va a ser un niño que no va a tener un futuro mejor. Ellas saben en qué sitio deben enterrar la placenta, hay parteras que entierran la placenta cerca del fogón, hay parteras afroecuatorianas que entierran en la esquina, en la cumbra de la casa, y hay parteras que botan la placenta lejos del sitio para que el espaciamiento del niño sea más distante”<sup>52</sup>*

En algunas comunidades se pintan las mejillas del recién nacido con la sangre del cordón para que el niño en el futuro “tenga sangre en la cara”, es decir para que sean personas honestas y con principios. De igual manera en algunas comunidades se realiza un ritual en el que se simula el cocido de la boca del niño, con el propósito de que cuando sea mayor no sea hablador o chismoso.

Posteriormente la partera pregunta a la madre si tiene ardor en la vagina y solicita el permiso a la parturienta para revisar si existe desgarre, si es de primer grado se lava con

---

<sup>52</sup> Testimonio Mercedes Muenala – Salud Intercultural Imbabura

aguas de plantas medicinales, generalmente manzanilla. Si es considerable la refieren al hospital, y ella misma la va acompañando.

Si el parto ha sido normal, y luego de terminar su atención a la madre y el niño, la partera generalmente es invitada a comer con la familia, además recibe como agradecimiento o retribución algún producto agrícola: papas, cebada, trigo, maíz, huevos, gallinas, de acuerdo a las posibilidades de la familia de la madre, 'lo que tenga la voluntad de regalar', o incluso recibe dinero, mientras la partera indica cuáles deben ser los cuidados que deben dar a la madre, y se compromete a visitar al siguiente día a la madre y al bebé.

Cuando se presenta alguna complicación durante el parto las parteras tradicionales refieren a la parturienta al hospital:

*"... porque algunas parturientas tienen muy estrecha y no dilatan y nosotros con el tacto, vemos que tiene los dolores la paciente y vemos que no se dilata nada, entonces ya les mandamos al hospital, porque no va a dar parto normal, entonces no va poder. Entonces en eso nos damos cuenta. O por ejemplo, después del parto, baja mucha sangre, o sea hemorragia, nosotros preparamos la hoja de yuca, nosotros licuamos la hoja de yuca y le ponemos unas gotitas de limón y unas hojitas de sándalo y eso calentamos y le damos de tomar caliente y eso se le da a cada ratito y se le para la hemorragia. Si continúa tenemos que mandar, para no estar en problemas después"<sup>53</sup>*

### **c) Durante el Posparto**

Luego del parto las parteras realizan visitas de chequeo y atención a la madre y al recién nacido. En las visitas posparto existe la costumbre de bañar a la puérpera con aguas de variadas plantas medicinales: pumamaqui, quillu yura, aliso, aguacate, arrayan, matico, cerotes, chamanal, capulíes, etc. Y también de realizar la práctica del encadenamiento, que consiste en fajar la cadera de la madre, para que los huesos de la cadera vuelvan a su posición normal.

En las visitas posparto también revisan el ombligo del bebé, y aconsejan y supervisan a las madres en las primeras atenciones que el bebé debe recibir:

*"... que el ombligo se mantenga seco, que no esté con mal olor, que no esté infectado. Cuidando para que no se infecte. La mamá tiene que estar pendiente que el niño no esté lloroso o adolorido. La costumbre de los pueblos quichuas [de la amazonía] es que le tiene casi desnudo al niño. No le cubren mucho, hace calor. Cuando lo contrario tenemos que tenerle abrigado, porque cuando sale del vientre sale abrigado y tiene que mantenerse abrigado. Tiene que dar de lactar más de seguido, tomar líquido para que pueda soltar líquido y dar seno. Y que el niño pueda lactar con la boquita abierta, no digamos por recelo, apenas. Las primerizas son fregadas, porque el seno no tiene punta y no alcanza a darle el seno. Entonces se le aconseja que se aplaste así el seno. Se le indica, mire ahora ya botaste la vergüenza, tienes que acomodarte, sentarte bien y acomoda a tu niño en brazo y dale el seno. Y sentir ese cariño al niño,*

---

<sup>53</sup> Grupo focal parteras Sucumbios



*para que tú sueltes la leche. Así va criar el niño gordo y sano. Y así le vamos orientando hasta que el niño ya está de un mes. Siempre estate duchando para que no se te pegue la infección. Cuando hay mamitas que dan a luz con bastante infección y nosotras les decimos que tienen que ir al centro de salud, para que te revise un ginecólogo. Porque si no se atiende puede tener en partos posteriores complicaciones, aborto, o cáncer dentro del útero. Que la madre está precavida.”<sup>54</sup>*

Brindan también consejería práctica para el cuidado alimenticio de la madre y el bebé. Por ejemplo, las dietas o consejos para obtener abundante leche materna.

*“Durante el posparto, la partera brinda consejería sobre cómo tienen que cuidar al niño, o cuando no tiene leche, les decimos que tienen qué hacer y que tienen que tomar, consejos en la alimentación, la madre tiene que tomar coladitas, calditos de gallina y no comer mucha sal, ni ají. Por ejemplo al bebé, la madre tiene que dar el seno a cada rato. Hay veces que las madres son primerizas dicen que los niños están dormidos todo el día, entonces les decimos que tienen que hacer despertar y dar de lactar y alimentar a los niños.”<sup>55</sup>*

*“También les atienden, les hacen una dieta, les dan unos consejos de dieta, como tiene que atender el niño, y allá no les dan de comer a los niños hasta, unos seis meses, sino que tiene que darle la leche y a la mamá le mandan una dieta para que le crezca la leche y no le falte la leche. Les mandan a cargar maíz caliente, trigo caliente y es porque están resfriadas y les mandan a hacer una dieta de coladas y eso, de plátano, allá les dicen de pringa, de mote, le hacen una colada especial, no es ni muy gruesa el maíz ni es de mucho, pero eso se ha hecho en piedra y cocinado en olla de barro y con cuchara de palo, y eso bien alimenticio con panela, le hacen canela, con ishpingo, hay una planta allá en el Valle del Chota y eso le hacen tomar, y tiene que estar tomando siempre.”<sup>56</sup>*

Como hemos podido apreciar, la atención tradicional del parto es un proceso complejo, cargado de profundas significaciones simbólicas y rituales. Si bien es cierto existen procedimientos, normas, ritos y costumbres comunes, que responden a una cosmovisión andina, también existen variantes que se ajustan a las costumbres de cada comunidad, familia e incluso especialista en cada zona.

#### **5.4. Otros roles que cumplen las parteras comunitarias**

Además de cumplir un rol fundamental en la atención obstétrica, muchas parteras son consideradas por la comunidad como orientadoras, guías espirituales, guardianas, reproductoras y promotoras de los saberes ancestrales y de la cultura y cosmovisión comunitaria.

*“El rol de ellas es de sostener la vida, ellas son las que sostienen la vida intrafamiliar, la vida relacional, porque el mundo comunitario es un mundo relacional, es un mundo*

---

<sup>54</sup> Ídem.

<sup>55</sup> Ídem.

<sup>56</sup> Entrevista Ofelia Lara - CONAMUNE

*de la relación con los otros, pero también con los espíritus, con la chacra, los alimentos, con el fuego, con lo poderoso de la cultura, entonces ellas son las shamanas... Las parteras son las conservadoras del SUMAK KAUYSAY.”<sup>57</sup> (Salud Intercultural)*

Muchas parteras, a más de atender partos, también son curanderas y atienden otros problemas de salud. Curan el mal aire, el espanto, mal de ojo, hacen limpias a los niños, hacen diagnóstico y hacen limpias con el cuy. Muchas practican la medicina arbolaría, manejan todo tipo de plantas medicinales, tienen muchos conocimientos que han sido adquiridos durante varios años en la vida cotidiana:

*“...entonces yo vivía con mi abuelito [que era curandero]. Antes era todo un respeto. Mandaba a coger la Santa María, el Poleo, la Altamisa, mandaba a coger el cholo-valiente. El tenía sembrado todita esa cuesta. Entonces yo sabía para que es. Ya sabía el monte para el mal aire, el susto, porque el me decía que vaya a traer, cléveles, pensamientos de la pimpinela, me mandaba a traer las penas-penas y el toronjil, entonces eso era para el espanto. Claro curaba del espanto con montes amargos y daba de tomar los macerados de las flores o haciendo jarabe de flores o el fregado de flores. Eso también el decía depende del agua, cómo está primero, veía bien, yo decía: ¿qué vera él no? El cogía y veía la barriga y decía: “con bichos está”, entonces me mandaba a traer la hierba buena y la verbena, bueno en cada comunidad será diferente.”<sup>58</sup>*

*“Claro que nosotros con las hierbas si podemos hacer todo, sí se cura, no digo que no, al menos yo solo con hierbitas he estado curando a los guaguas, sea por la diarrea, o sea por la tos. Por ejemplo yo curo a las mayorcitas que están con la neumonía. Dicen los doctores que la neumonía con suero hace lavar los pulmones, sale todos los mocos, así se sana. Cierto es, a veces cuando ya está avanzado, el campo no se puede hacer esas cosas. Por ejemplo, yo hago a las mayorcitas, mi madre tiene 89 años, tiene bastante tos, moquera, entonces yo qué hago. “Diosito que ella sane, no quisiera perderle a mi madre”. Yo compré leche de chivo, le puse toronjil, hierba buena, hierbaluisa, manzanilla, toda hierba que es caliente se pone una ramita, una ramita, en dos copitas de leche de chivo. Una copita se hace tomar, y una copita se pone con papel periódico, bien calentadito atrás y en la espalda se arropa y no se deja meter el agua, eso le pasa la tos, sea de guagua, sea de mayores”<sup>59</sup>.*

Otro de los roles importantes de las parteras tradicionales, fundamentado en la confianza que se han ganado, es la consejería familiar sobre salud sexual y reproductiva, y el fomento de los derechos de las mujeres y ciudadanos en general dentro de sus comunidades. Esto permite que sean un puente con la medicina occidental y los servicios de salud públicos:

*“Las parteras en la comunidad han sido las primeras consejeras en la familia, es como un puente de enlace entre el personal de salud y la comunidad. Es consejera también en la planificación familiar, en salud sexual y reproductiva. Y si es que existe*

---

<sup>57</sup> Entrevista Dr. Fernando Calderón – Salud Intercultural MSP

<sup>58</sup> Grupo focal parteras Chimborazo

<sup>59</sup> Ídem.

*violencia intrafamiliar, ellas es la consejera para el esposo, [aconseja] que no debe maltratar a su señora... Es la persona de mayor confianza de las parturientas. Porque si va un médico y dice "tiene que hacerse cesárea" no le creen, pero si va la partera y dice lo mismo lo hacen a ojo cerrado... yo considero que el rol de ellas va inclusive antes que el médico. Nos hemos dado cuenta que en cuanto a la confianza, las pacientes, las usuarias se sienten más cómodas cuando la partera está al lado del doctor con ellas"*<sup>60</sup>.

*"Son consejeras de la familia. No solamente atienden el momento del control del embarazo, el parto, post-parto, sino que abarcan un ámbito más grande. Por ejemplo, si en la familia hubiese algún tipo de maltrato, o un cuidado inadecuado a la madre, al niño, son las parteras las que aconsejan a la familia, al esposo sobre el cuidado adecuado, sobre todo lo que se debería realizar para que este grupo tenga menos riesgos"*<sup>61</sup>

*"Yo no soy de veeduría, pero yo soy ciudadana, yo he dicho yo debo hacer esto. Cuando una señora está yendo con la receta, y ahora dónde comprar y no tiene dinero. Cómo van a dar una receta, estamos hablando de la maternidad gratuita, de qué hablamos entonces, hablo y borro con el codo, es que no hay ese remedio, entonces doctorcito, tiene que cambiar su recetario. Déme cambiando por favor, le estoy pidiendo. Entonces se van y cambian. Por eso yo siempre cuando tengo charla con las comadronas, les digo, ustedes son dueñas de las comunidades, y ustedes digan eso, que tenemos que exigirles, pedirles. Maternidad gratuita, ellos verán si consiguen los remedios donde sean. Ahora es más el miedo de que yo sí les denuncie, a mí si me reciben. Porque yo sí hablo por la radio, como ahorita estoy hablando, cojo el micrófono en la radio y hablo. Digo la persona que está agonizando, va a coger el turno, se muere, o le da un derrame. Que eso le atiendan. Ya me conocen más, no por lo que me quieren, sino por lo que denuncié si me dan rápido apertura. Yo voy llevando no más a cualquiera, por favor, ayúdenme a atenderle."*<sup>62</sup>

Claramente son identificadas como lideresas de sus comunidades y cumplen también un rol de educadoras: "Yo diría que la partera aparte de brindar su atención es como una lideresa de la comunidad, es respetada y reconocida a nivel comunitario, y también se convierte en un puente para brindar información o conocimiento porque es muchas veces consultada junto con el promotor de salud acerca de los problemas de salud sexual y reproductiva"<sup>63</sup>.

### **5.5. Dificultades que las parteras tienen en su actividad**

Durante mucho tiempo las parteras tradicionales fueron estigmatizadas. Apenas en 1998 se empieza a reconocer y respetar la práctica de los saberes ancestrales, "porque antes de eso eran perseguidos taitas y mamas, y su ejercicio era clandestino, solo las comunidades sabían dónde estaban las mamas y taitas. Porque si algún médico se enteraba que han estado atendiendo partos o haciendo curaciones, los médicos iban y le denunciaban en las comisarías y los comisarios entraban y les cogían presos y sus implementos de trabajo, los

<sup>60</sup> Grupo Focal Personal de Salud - Esmeraldas

<sup>61</sup> Entrevista Dra. Carmen Cadena - Casa Campesina Cayambe

<sup>62</sup> Grupo focal parteras - Chimborazo

<sup>63</sup> Grupo focal personal de Salud - Sucumbios

elementos simbólicos eran cogidos en costales y eran botados a los ríos a las quebradas, o sea era una violencia terrible”<sup>64</sup> .

Inclusive hoy en día, en algunos lugares continúa la persecución: “Como es en Zamora, cuando uno atiende parto, tiene que coger a testigos, que digan que la señora se ha enfermado en la casa, pero no tienen que decir que una comadrona ha hecho a dar a luz. Yo por eso ya son dos años, porque a mí sí me han rogado, yo voy a ayudar, cuando ya estén yendo a dar a luz les digo llamen un carro y vayan al hospital. Porque digo no me quiero meter en problemas, porque yo soy pobre, no tengo dinero para poderme defender. Entonces esa es mi idea. Yo les doy atendiendo, le doy manteando, ya está la guagua en camino, vean la camioneta y corran.”<sup>65</sup>

Muchas veces el personal médico desacredita el trabajo de las parteras tradicionales y las responsabiliza de eventos injustamente: “Otra cosa que he visto es una campaña quizás no mal intencionada de parte del personal médico, que dice “por qué se va a la partera? Eso le pasa por irse allá, tiene que venir acá”, estamos responsabilizando a la partera de algo que ella no tuvo nada que ver, sino que son eventualidades que se presentan en cualquier persona, independientemente del parto sea en dónde sea”<sup>66</sup> .

En algunos lugares, las plantas tradicionales que usan las parteras tradicionales para su trabajo están desapareciendo por efecto del deterioro ambiental en sus comunidades. “Las plantas medicinales que ellas utilizaban, o había unos instrumentos que ellas hacían manualmente, ya no es lo mismo, porque la misma contaminación del ambiente hace que el ambiente ya no sea limpio y puro como era antes. Entonces, por ejemplo, mamita siempre de los cantos de la acequia sabía coger la raíz de las plantas para hacer las aguitas, e inclusive para eso de la placenta, sacaba la raíz de chilca y eso. Pero ahora en la misma acequia de donde mamita o las parteras de por allá del Valle, cogían las raíces, ya está contaminado, porque ya hay basura, hay animales muertos, está contaminado.”<sup>67</sup>

Las dificultades geográficas y la carencia de implementos (linternas, botas, poncho de agua, tijeras, y otros) y medios de transporte, dificultan el trabajo que las parteras tradicionales desarrollan en sus comunidades: “Sí hay dificultades para la parteras, tanto en la comunidad, el riesgo geográfico, la falta de apoyo, no hay ambulancia... son dificultades que tienen que sortear y son datos que se ignoran y no entran a estadística”<sup>68</sup>

Algunas tareas impuestas por el personal de salud a las parteras comunitarias no toma en cuenta la forma como tradicionalmente las parteras se han relacionado con sus pacientes: “[Normalmente] Las mujeres embarazadas buscan a las parteras. Y ahorita está cambiando en Otavalo y en otras comunidades: el personal de salud obliga a las parteras que vayan buscando dónde están las mujeres embarazadas. Entonces hay que entender. Por una parte es buenísimo que las parteras vayan identificando quienes son mujeres embarazadas, pero muchas embarazadas no confían en esas parteras. Dicen “cómo así viene pues señora a visitarme a mí?” “Yo me voy donde otra señora”. A veces la partera de la misma comunidad

---

<sup>64</sup> Entrevista Mario Bustos - ECUARUNARI

<sup>65</sup> Grupo focal parteras - Chimborazo

<sup>66</sup> Grupo focal personal de Salud - Esmeraldas

<sup>67</sup> Entrevista Ofelia Lara - CONAMUNE

<sup>68</sup> Grupo focal personal de Salud - Esmeraldas

no es utilizada, [las mujeres] se van a buscar otras. A veces de otras comunidades vienen donde la partera, según la confianza que tienen...”<sup>69</sup>

## 5.6. Relación de las parteras con otros sanadores de la comunidad

La gran mayoría de agentes tradicionales de salud respetan y valoran los conocimientos especializados de cada uno de los sanadores comunitarios y trabajan de forma cooperativa: “Ahí está el que friega los nudos, más especializados. Todos sabemos poco, poco, pero algunos como los doctores se especializan solo en nudos. Ellos saben cuando ya tienen líquidos, ya son muy mayores, ellos saben qué clases de remedio. Yo no hago eso. Sí doy masajes de relajación, le curo los simbrositos, sé que es disloque, pero a mis hijos he curado, no me meto a curar a la gente. En cambio el que es ya especializado en eso. En Nabón hay el taita Gilberto, ellos le curan. Otros son especializados solo en limpias. Ellos saben diagnosticar. Otros están especializados en el diagnóstico del cuy, otro vuelta le curan con el cuy, con el huevo, con la vela, con la orina. Para no pelear así, nuestra estrategia es buena, reunir con toditos, y con toditos hacemos la reunión.”<sup>70</sup>

Una de las parteras de la provincia de Sucumbíos explicaba que existen buenas relaciones con los otros sanadores tradicionales y que existe cooperación en el trabajo. Además agregó que en el sistema de salud tradicional de sus comunidades existe una jerarquía, en la que el curandero es la máxima autoridad en medicina tradicional: “Hay parteras que se llevan muy bien con los curanderos, entonces detecta con la limpieza con cuy, se puede saber si la persona está con mal hecho, puede identificar y con eso entonces la partera le manda donde el curandero para que le limpie. Una vez que está limpiada, curada, ahí la partera endereza la posición del niño, y si es que tiene algún problema lleva al hospital. Entonces es una cadena. A veces eso también no se entiende, que hay un sistema de medicina, dentro de eso para nosotros en las comunidades el curandero es la máxima autoridad, como médico especialista. La partera es como un ginecólogo. Y de ahí siguen otros procesos. Hay una jerarquía. Como un servicio de salud. Eso es lo que hay que entendernos mucho. Entre yachaks y parteras tienen sus amistades, entonces la partera le hace una referencia al curandero, y el curandero hace referencia a la partera, y la partera al hospital, es una cadena”.<sup>71</sup>

Para uno de los dirigentes indígenas entrevistados, la jerarquización entre los agentes tradicionales es producto de factores externos, pero afirma que predomina la integración de saberes y la relación flexible y cooperativa entre los sanadores comunitarios, inclusive a nivel regional: “En algunos casos sí han habido jerarquizaciones entre los sanadores, cuando ha habido influencias externas, pero generalmente se da una integración de los saberes y una relación muy flexible. Si una mamá partera sabe que la persona necesita de los saberes más especializados de un taita, le refiere hacia él. Incluso se hacen referencias a taitas o mamás de otras comunidades o provincias”<sup>72</sup>.

En los lugares donde no existen yachaks, las parteras son también curanderas de la comunidad. Para los casos que requieren la atención especializada de yachaks u otros

---

<sup>69</sup> Ídem.

<sup>70</sup> Grupo focal parteras Chimborazo

<sup>71</sup> Grupo focal parteras Sucumbíos

<sup>72</sup> Entrevista Mario Bustos - Ecuarrunari

especialistas, existen redes de sanadores a nivel regional. Este intercambio regional en la atención de salud tradicional se fundamenta principalmente en la confianza. “En nuestra zona no hay yachaks reconocidos. Las mismas compañeras parteras son curanderas, todas realizan la limpia del mal aire, del espanto, algunas incluso son sobadoras, colocan huesos. Pero cuando ya es mal de la calle buscan a los yachaks, pero fuera de nuestro cantón, y son ellas mismas las que refieren y llevan a los pacientes, igual que con el sistema occidental, a los otros sanadores. Como que sí hay esa jerarquía, y esa relación se realiza más bien por afinidad o por confianza. Porque unas compañeras prefieren irse a Sto. Domingo llevando a los pacientes. Otras van a Urcuquí. Otras van por el Lago San Pablo. Otras van a Imantag. Es según ellas van viendo y se van articulando con otros prestadores. De lo poquito que he visto, no es que les llevan a un yachak de aquí mismo del cantón, no le refieren, sino que le van llevando fuera. Cuando una partera no es sobadora, recomiendan a otro sobador de la misma comunidad o fuera, igual por afinidad, porque le conocen, saben que es bueno por referencias” (Casa Campesina Cayambe)

Los casos de celos y competencia entre agentes tradicionales de salud han sido más bien focalizados: “En mi comunidad (Santo Domingo de los Tsáchilas) si hay bastante recelo, en mí no, porque no me cuesta nada decirles cuando están embarazadas, hazte tal agüita. Pero también hay personas que no les gusta compartir, con los compañeros Tsáchilas igual, ellos dicen que estamos haciéndoles la competencia” (grupo focal parteras Esmeraldas)

La organización y las iniciativas de encuentros e intercambios de conocimientos entre agentes comunitarios de salud han logrado mantener la unidad y la cooperación, superando los celos eventuales: “Sí hay celos. Pero ya cuando entramos en un círculo que vamos a capacitarnos, por ejemplo, ahora que Nabón, Sigsig, en Pucará tenemos círculos de compañeras. Ahí sí vamos conociendo que debemos ser todas una sola. Y abrazados y jalados de la mano hemos de salir adelante, yo les digo a mis compañeras. Yo hago un juego, que cogidos de la mano, viene un huracán, a ver si nos podemos soltar, no nos podemos, porque estamos toditos agarrados de la mano. Pero si estamos desunidas aquí, viene un viento, el uno se ha de ir a un lado, el otro al otro lado, hemos de caer toditos. Eso digo la organización de mujeres, la organización de parteras. Nosotros no despreciamos, por ejemplo, en Nabón, no invitamos solo a las parteras. Todos los que son agentes de medicina”. (Grupo focal parteras Chimborazo)

## **5.7. Relación con el personal de Salud**

La percepción generalizada de las parteras tradicionales, dirigentes sociales, incluso del propio personal de salud de las Direcciones Provinciales, es que el personal médico no valora y respeta su trabajo. Por ejemplo, no se les permite la entrada a las unidades operativas para realizar el acompañamiento de las mujeres que refieren a la red de servicios públicos. El maltrato muchas veces empieza desde la actitud del conserje de la unidad operativa:

“...si llega una mama partera, el conserje o el guardia del hospital, le dicen que no puede entrar, que si no tiene carnet, que tiene que llamar al médico para que le den autorización para que pase. Entonces desde ahí ya empieza a ser discriminada la compañera, desde la puerta. Y adentro también, las auxiliares, el personal médico no logran entender todavía el rol que deben cumplir. (ECUARUNARI)

“Ahora ver desde lejos a nosotras como a un perrito, desde lejos, al de menos viendo con el sombrero, con una faldita de este vestido, vaya, vaya afuera, aquí no hay nada. Qué es usted, madre, hija, o familiar. Nosotros somos parteras. Dos tres horas sabe estar esperando”(Grupo focal parteras Chimborazo)

“Con la adecuación cultural, la visión desde la institución era decir a la partera que traiga todos los partos al hospital, y ella solamente tiene que registrar, tiene que saber quién es la embarazada, incluso poner en la casa un rótulo para controlarle, pero para el parto sí al hospital. Pero aún así, hasta ahora siguen atendiendo en las comunidades. Porque las usuarias mismas no quieren irse. A pesar de que va a estar la partera [en el hospital]. Un caso cuenta la partera que ella dice a la parturienta “como están haciendo la adecuación cultural del parto, vamos a que atienda allá” Acepta la parturienta. Se va al hospital, llega, entra, y como siempre la partera entra hasta la puertita nomás, le dicen “aquí nomás, no entres”, y la usuaria solita adentro. Después de experimentar ese extraño mundo sola, estaba arrepentida de haber aceptado ir al hospital, cosa que tuvo que reclamar a la partera “vea, yo creí que me va a atender Ud., y Ud. más bien viene dejándome ahí”. Ahora sí nunca más voy al hospital” (PS Chimborazo).

Algunas de las parteras tradicionales consultadas pusieron especial énfasis en la confianza que debe existir de parte y parte: “A veces no nos dejan entrar a los centros de salud, dicen que están ocupados. Más bien mandan botando los médicos, y dice ustedes vienen haciendo mal a la parturienta. Y de gana son parteras y mandan botando, en vez de preguntar cómo fue. A veces una no se tiene confianza con los médicos también. Lo bueno sería que los médicos tengan confianza en las parteras y las parteras en los médicos, eso sería lo bueno” (Grupo focal parteras Sucumbíos).

Otra de las parteras tradicionales exigía un trato cálido en las unidades operativas, y agregaba que la desconfianza que tienen las parturientas hacia los servicios públicos de salud se debe en gran parte a esto: “Eso cuando yo estuve en foro y me invitaron, gracias a dios, yo les dije, con el perdón de todos ustedes doctores. Qué significa la calidez para ustedes. Calidez es de ponerse ropa buena, estar presentado, para mi la calidez es esto, venga mi vida cómo está, pase, pase, no le puedo a atender enseguida, pero ya le atiendo, no le pasa nada, está muy bien, todo le va salir bien, eso es calidez. Le da un alivio. Espere va a tener un lindo niño, qué hermoso va a ser, qué importante es ser madre. Parece que le quita un poquito del dolor también.” (Grupo focal parteras Chimborazo)

Además, algunos de los de los asistentes al grupo focal con personal médico en Riobamba afirmaron que muchas veces las parteras tradicionales se sienten usadas por la red de servicios de salud públicos, puesto que su rol se reduce a referir pacientes a las unidades operativas. De igual manera, en ocasiones las unidades operativas no les reconocen como parteras, sino como un acompañante más:

“Va con el paciente al hospital y le dejan afuera, así le diga ‘yo soy partera’. Dicen que la partera no debe estar ahí, que el trabajo sólo es del médico. [Con el trabajo de adecuación cultural del parto en Chillanes] había bastante resistencia a eso, por

ejemplo, los médicos no querían que la partera esté ahí juntamente con el médico atendiendo el parto a nivel del hospital, no permitían eso. Las parteras simplemente tenían que llevar a las parturientas al hospital para que el personal atiende el parto. El personal del hospital quiere capacitarse como partera, para ellos atender el parto como partera, en la forma cómo atiende la partera en el parto vertical. [Quieren aprender para ellos exclusivamente atender el parto] Que las parteras sólo se utilicen para que lleven a las parturientas al hospital y nada más. Siempre dicen eso, [pero] 'que el médico y la partera estén ahí atendiendo el parto, no!' No aceptan. Hay mucha resistencia" (PS Bolívar).

"En Ambato se está suscitando que las parteras dicen "Cómo vamos a ser solamente utilizadas, sólo hasta llegar al centro materno del Área 2, o sino en el hospital básico de Pelileo, solamente lleven a las pacientes hasta la puertita, de ahí regresen". Mejor el mismo personal del hospital de Pelileo está pidiendo que ellos sean capacitados y ellos atender el parto vertical y que "para qué las parteras?" dicen... Claro que en el centro de salud #2 en Ambato las parteras sí entraban, pero ahí las parteras se ponían su bata verde, o sea adaptándose a lo que es el parto occidental, o sea, a la sala de partos no entra nomás cualesquiera. Las parteras decían "cómo yo me voy a estar poniendo encima de mi anaco, o encima de mi chalina, o sacarme, me dicen 'saque, saque esas cosas y póngase la bata verde, y si quiere acompañar así tiene que entrar'" Esas cosas les molestan a las parteras. Y cuánto les esta pagando? Solamente recibe maltratos. Y cuál es la recompensa? "Muchas gracias, siga mandando a las pacientitas, siga mandando acá", como que fueran unas empleadas, son solamente utilizadas. (PS Tungurahua)

En otros casos, después de un largo y difícil proceso, se ha permitido el ingreso de las parteras a las unidades operativas para el acompañamiento de las parturientas, y ha habido un empoderamiento de las parteras tradicionales. Esto sin embargo, está limitado por la rotación constante de personal médico, que rompe con los procesos ya iniciados. "Son cosas que al principio costaron mucho pero ahora hay una apertura mucho mayor, por ejemplo, a las parteras tanto en el hospital de aquí como en el hospital de Tabacundo, ya les identifican. Van y ya pueden hablar con los médicos, ellas también están un poco más empoderadas y dicen "miren, soy partera", ya no hay el temor de quedar con la paciente, cuando ellas llegaban al hospital con la paciente ellas no decían nada, acompañaban porque ese es su rol, pero no se identificaban por el temor a ser discriminadas, a ser maltratadas. Ahora no. Se identifican y llegan con las pacientes. Una de las dificultades que le veo yo es el cambio de personal del MSP. La rotación frecuente. No siempre hay personas que están abiertas, de pronto hay 3, 4 años que llega personal que es muy abierto al trabajo de las parteras, pero de pronto un año llega alguien que no está de acuerdo. Entonces es como un borra y va de nuevo. Eso por ejemplo, ha entorpecido, porque nosotros hubiésemos conseguido mucho más yo creo en este proceso" (Casa Campesina Cayambe)

Existen experiencias de trabajo articulado entre parteras y personal de salud, como por ejemplo, en Loreto, provincia de Sucumbíos, en Otavalo, provincia de Imbabura, y en San Gregorio, provincia de Esmeraldas.



En el Hospital San Luis de Otavalo, una de las personas consultadas nos relató la manera cómo las parteras tradicionales se han articulado a este lugar: “La partera cumple un rol muy fundamental en la unidad de salud porque gracias a ella se puede localizar personas que tienen factores de riesgo o mujeres que están por dar a luz. Ellas son los primeros que nos comunican y trasladan a la paciente al hospital. En el hospital San Luis las parteras están asignadas para ingresar a las unidades, son ellas quienes acompañan toda la labor de parto, brindan masajes, brindan aguas medicinales, dan consejería de la respiración, cómo tienen que hacer los movimientos en la pelota de goma, cómo tienen que pujar, o sea le preparan psicológica y espiritualmente a la paciente que va a dar a luz. Posteriormente a eso, junto con la compañía del médico y los familiares de la paciente, la partera ingresa a sala de partos. La paciente es atendida como ella quiera, en la posición que ella quiera, y es la señora partera la que le va guiando. Uno de las dificultades que tiene el personal médico es el idioma. Entonces la señora partera es fundamental en la traducción del profesional hacia la paciente. Yo considero que la partera es alguien fundamental para la comunicación entre la comunidad hacia la unidad de salud” (PS Imbabura).

De igual manera en el Centro de Salud de San Gregorio en Esmeraldas: “En nuestra comunidad hay mucho acuerdo entre el médico y la partera. La partera entra, la partera trae su paciente, el médico se queda sentado, pregunta que pasa, el médico se queda pendiente de algún medicamento para la chica, la partera atiende el parto. En ese sentido están unidos. [pero cuando cambian los médicos, cuando rotan?] La enfermera ve que el médico llega, presenta a sus parteras: “las señoras atienden partos aquí, espero que les respeten Uds., para que ellas también las respeten, aquí no es que yo soy el médico y Uds. las parteras, aquí todos somos iguales” entonces el médico va entrando y sabiendo que la señora que está allí tiene que ser respetada, comparten las mismas cosas, si ve que puede valorar a la chica, si hay algún problema, la atiende, pero la partera ocupa su lugar y el médico tiene que apoyarla” (Grupo Focal Parteras Esmeraldas)

“Bueno yo, de los médicos no tengo quejas porque todos los días llegan ellos al subcentro de salud de San Gregorio (Prov. Esmeraldas), yo trabajo con ellos allí y para mí no hay ninguna dificultad, porque ellos mas me han capacitado, en poner una inyección, en ver cómo se pone un suero, o sea que yo hago lo que más puedo. Allí llevo trabajando año y medio. Desde el principio cuando refería a una paciente me trataban bien, y hasta ahora tratan bien a los pacientes. [¿Ud ha atendido partos ahí?] Allí he atendido partos, y me ha tocado un parto de una paciente que llegó y el doctor era aprendiz, la chica estaba mal, ya la iban a sacar a Muisne. La chica a lo que le venían los dolores ella pujaba y no pudo, la criatura se le venía para atrás, solo para atrás, y ella me alza a ver con qué desesperación y me dice: “solo en Ud. tengo esperanza”. Y el doctor, “no, que ya está arreglada la camilla para llevarla”. Le digo doctor: “me disculpa, deme 5 minutos nomás, si en 5 minutos no hay nada entonces puede sacarla”, dice ya, ya, me dio los cinco minutos y antes de los 5 minutos la criatura nació, cuando le cogen los pujos yo le pongo la mano por detrás, y esa criatura de una salió por delante, porque ya se le veía el pelito de la criatura, y yo con todo el valor le puse la mano por delante y de ahí para delante los doctores mas confianza me dieron”. (Grupo Focal Parteras Esmeraldas)

En otras experiencias locales, la vinculación se ha dado por medio de capacitaciones o reuniones en que las parteras adquieren conocimientos del personal de salud, como en el

caso de la Casa Campesina en Cayambe: “Nosotros como Casa Campesina más que capacitación hemos realizado un trabajo acompañado. Tanto nosotros los médicos, como las compañeras parteras hemos intentado trabajar paralelamente, conjuntamente. Nos reunimos una vez cada mes, antes lo hacíamos bimestralmente, luego por solicitud de ellas cada dos meses, y en los últimos cinco años lo venimos haciendo mensualmente. En estas reuniones lo que se hace es, primero, cada una [de las parteras] cuenta cuántos partos ha tenido, qué problemas, qué dificultades, cuántos controles de embarazos, si nació algún niño con alguna deformidad, y qué hacer frente a estas circunstancias especiales. Si fue un parto normal sin complicaciones, se sigue contando la experiencia, pero si hay algo que sale fuera del contexto normal, entonces ahí nos detenemos, las compañeras parteras que ya tienen más experiencia dicen “no, en este caso, por ejemplo, se retuvo la placenta, no hay que esperar más de tanto tiempo, en este tipo de problemas utilizamos tal planta medicinal que es más efectiva, mezclando con esto y con esto, y ahí rápido, rápido solucionamos el problema. Y nosotros también como médicos decimos lo que hay que hacer, no esperar más de tanto tiempo, e ir reforzando todo lo que son señales de peligro” (Dra. Cadena. Casa Campesina Cayambe)

Otra de las experiencias de vinculación entre parteras y personal de salud se refiere a la cooperación que han mantenido con los anteriormente llamados Equipos Básicos de Salud (EBAS), ahora Equipos de Atención Primaria, unido a las capacitaciones y apoyo brindado por Salud Intercultural a nivel provincial: “Ahorita las parteras hacen como una especie de censo y le dan al personal de salud de la unidad operativa más cercana, a los EBAS. Ellos están coordinando así. Cuando es difícil trasladar a la mujer que tiene su parto, son atendidas por las parteras. Ha habido complicaciones, ha habido muertes maternas por la situación de lejanía. La mayor parte de casos resuelven las mismas parteras. Como equipo de Salud Intercultural estamos capacitando a las parteras, que conozcan los signos de alerta. Incluso están haciendo referencia, dicen [a las mujeres] “tienen que irse donde el médico” para que reciban las vitaminas, las vacunas. Esa es la función de las parteras en nuestras comunidades ahorita. También como Salud Intercultural estamos apoyando a las parteras, dándoles gasa, algodón, alcohol, guantes, para que en el momento que no puedan trasladar a la paciente a la unidad operativa, ellas puedan resolver. Nosotros hemos hecho una especie de formularios para que ellas [las parteras] llenen con los nombres de las mujeres que han atendido, las fechas, todo eso, y recibimos. Incluso hemos mandado a hacer maletines para cada una de ellas, para que puedan ellas sentirse cómodas, aunque no tengan remuneración” (PS Zamora Chinchipe).

En algunos lugares la cooperación con el (ex) EBAS se ha consolidado y ha dado pie a la formulación de propuestas de atención más integrales a nivel local: “Nosotros estamos hablando en este caso de una red cantonal con base comunitaria conformada por el personal comunitario de salud, y las organizaciones de la comunidad, que están ya relacionándose con los diferentes equipos básicos de las unidades operativas [EBAS], sean estas del MSP o también del Seguro Social Campesino” (Casa Campesina Cayambe)

## **6. PROPUESTAS DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS GENERALES PARA LA DEFINICIÓN DEL ROL DE LAS PARTERAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**

La definición del rol de la parteras en el SNS constituye una oportunidad para caminar hacia la creación de un estado plurinacional e intercultural, que satisfaga el derecho legítimo de los pueblos y nacionalidades del Ecuador a preservar y desarrollar sus sistemas tradicionales de salud y fomente la creación de modelos interculturales de salud. Las reformas constitucionales abren paso a la creación de un enfoque que contribuya sustancialmente a garantizar la SSR de mujeres y recién nacidos en el país, en base a la cooperación y complementariedad entre los sistemas de salud ancestrales y convencionales. Para ello partimos de cuatro premisas fundamentales:

- El Estado ecuatoriano es plurinacional e intercultural y reconoce y garantiza los derechos colectivos, entre los cuales se encuentran el derecho a preservar y desarrollar los sistemas tradicionales de salud.
- Los sistemas tradicionales de salud están plenamente vigentes en el país y cumplen un rol estratégico en la atención materno y neonatal.
- La definición del rol de las parteras apunta hacia la progresiva institucionalización<sup>73</sup> de los sistemas tradicionales de salud, y la redefinición de los marcos institucionales de los servicios estatales de salud.
- El aseguramiento de los derechos fundamentales de la madre y el recién nacido requieren de un trabajo cooperativo y complementario entre los diferentes sistemas de salud.

Consecuentemente, la definición del rol de las parteras en el SNS debería inscribirse en el marco de una alianza estratégica de carácter plurinacional e intercultural entre el Estado y los sistemas tradicionales de salud del Ecuador para garantizar los derechos en SSR. Las líneas estratégicas para la definición del rol de las parteras tradicionales en el SNS incluyen: a) el reconocimiento y fomento de los sistemas ancestrales de salud; b) el fomento de espacios y acciones de carácter intercultural entre los sistemas médicos ancestrales y el convencional; y c) la promoción y apoyo a otros modelos de atención de salud (Jambi Huasi).

### **6.1. Línea Estratégica 1: Fomentar los Sistemas Tradicionales de Salud (Plurinacionalidad)**

El reconocimiento de la plurinacionalidad plantea el reto de reconocer y organizar los sistemas tradicionales de salud comunitarios, es decir, institucionalizar los componentes de estos sistemas que históricamente han actuado de acuerdo a sus formas consuetudinarias de funcionamiento social, simbólico y ritual, pero que no han sido formalmente reconocidos.

El fortalecimiento de los sistemas médicos tradicionales es una condición indispensable para que el diálogo intercultural que se requiere establecer entre sistemas de salud diversos se dé de manera horizontal y con equidad. Las acciones de fomento involucran primeramente el rescate, conocimiento y apoyo de los saberes y cosmovisiones en cuanto a salud:

*“Hay que fortalecer los sistemas médicos tradicionales, no es solo parteras por ahí y allá. Hay toda una cultura etnomédica. Hay poderosas redes shamánicas, hay saberes*

---

<sup>73</sup> Por institucionalización entendemos la generación de condiciones para el reconocimiento y funcionamiento de los sistemas tradicionales de salud en igualdad de condiciones, incluyendo marcos legales para su operación dentro del sistema de salud, apoyo para su difusión, mantenimiento y desarrollo, acreditación y reconocimiento de sus agentes, etc.

*propios, que tienen variedad de agentes jerarquizados, con poderes diversos, especialistas como shamanes, desde la curación comunitaria. Existe un sustrato ideológico, hay una cosmovisión, hay una manera de entender el proceso de salud-enfermedad. Si yo rescato una partería, estoy rescatando sus agentes, pero tengo que rescatar su cosmovisión, la forma que curan, el buen comer, el buen pensar, el buen sentir, el buen hacer. Tengo que rescatar la complementariedad, la reciprocidad, sin reciprocidad no hay cultura.”<sup>74</sup>*

Tomando prestado las nociones que utiliza la institucionalidad para definir el sistema de salud oficial, podemos distinguir también en estos sistemas tradicionales de salud modelos de atención, que incluyen: tipo de relación entre los agentes tradicionales de salud y sus pacientes, saberes, prácticas, sistemas de creencias y ritualidad, etc. Además están organizados en una red de servicios públicos tradicionales/comunitarios que ofrecen un conjunto de prestaciones ancestrales a la población. De ahí que este proceso de institucionalización debe reconocer, respetar y fortalecer los modelos, servicios y prestaciones de salud tradicional.

Fortalecer los sistemas de salud tradicionales requiere de inversión y apoyo en la investigación de las prácticas de la medicina de salud ancestral, tanto para su rescate y desarrollo<sup>75</sup>:

*“Para fortalecer es necesario primero conocer, sistematizar, documentar, porque mucho del sistema tradicional indígena es oral. Se conoce de generación en generación. Dentro de las comunidades, ya pocas son de difícil acceso, al menos en Sucumbíos. Las comunidades se van occidentalizando y se va perdiendo lo ancestral. [Hay que] sistematizar y difundir para que se conozca y se respete. [Para fortalecer] tal como ahora todos estamos en el SNS, así mismo también debería haber las partidas para fortalecer el trabajo que están haciendo nuestros sanadores. Ese también sería el trato igualitario y de respeto. Nosotros [desde Salud Intercultural] hemos tenido muchas reuniones, y todos dicen que se debe crear la partida presupuestaria para agentes tradicionales de salud. Que se reconozca el trabajo. Ese es el pedido en todas las organizaciones”<sup>76</sup>.*

En este sentido es indispensable aplicar otras medidas complementarias que han surgido de los diálogos sostenidos con las propias parteras y que definirían nuevos roles de estas en sus comunidades, como la creación de:

- Centros de investigación y rescate de los saberes y las prácticas ancestrales
- Centros de formación de parteras
- Casas de salud tradicional para la atención del parto tradicional y el intercambio de conocimientos de las parteras comunitarias, donde podrían articularse las dos iniciativas antes mencionadas.

---

<sup>74</sup> Entrevista Dr. Fernando Calderón – Salud Intercultural MSP.

<sup>75</sup> Entre las medidas para el fortalecimiento de los roles tradicionales de las parteras, se han identificado, por ejemplo, el apoyo para mantener y producir huertos personales y comunitarios de plantas medicinales.

<sup>76</sup> Grupo Focal Personal de Salud - Sucumbíos

Esta nueva institucionalidad debe cuidar que, tanto en el diseño como en la aplicación, se respeten y fomenten los sistemas de salud tradicional y las particularidades culturales locales.<sup>77</sup> Los sistemas tradicionales de salud deberán implementar también mecanismos participativos para el seguimiento y evaluación, incluyendo el rol de las parteras en sus propios sistemas tradicionales de salud.

## **6.2. Línea Estratégica 2: Fomentar los espacios y las acciones interculturales entre los sistemas de salud ancestrales y el convencional (Interculturalidad):**

Esta línea estratégica fundamental se refiere al reto de construir un Estado intercultural como lo prescribe la nueva Constitución Política del Ecuador. Básicamente debe trabajar en la consolidación de modelos de salud intercultural en dos espacios diferentes:

### **1. En la comunidad:**

Aunque en este espacio prevalecen los componentes y dinámicas de los sistemas tradicionales de salud fortalecidos e institucionalizados, es indispensable fortalecer los vínculos interculturales para garantizar los derechos en SSR de las mujeres y recién nacidos de estas comunidades, conducentes a la atención segura del embarazo, parto y posparto (parto limpio, identificación de señales de riesgo en el embarazo y el parto que puedan ser oportunamente referidos a unidades operativas del MSP -sistema de referencia y contrarreferencia-, y la definición de un plan comunitario de acción para las emergencias obstétricas).<sup>78</sup> En este proceso, los sistemas tradicionales de salud también se enriquecerán de los conocimientos y técnicas occidentales.

Otras iniciativas que también podrían desarrollarse en el marco de los modelos interculturales de salud a nivel comunitario tienen que ver con la elaboración de planes y estrategias conjuntas entre el personal médico y los agentes tradicionales de salud, para la consejería, promoción y prevención comunitaria en SSR, en salud materna y neonatal, nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., respetando los conocimientos ancestrales y valores comunitarios. Las parteras además podrían participar en el diseño y aplicación de los sistemas de información en coordinación con la red de servicios estatales (censo mujeres embarazadas, nacimientos, muertes madres y neonatos).

Todas estas actividades deberán acordarse y coordinarse progresivamente con la institucionalidad en construcción de los sistemas tradicionales de salud, y deberán definirse en el marco del respeto y el diálogo de saberes a través de “talleres de intercambio continuo de conocimientos”, en los que se promueva la consecución de acuerdos locales interculturales que garanticen la sostenibilidad de las iniciativas.

Otro asunto relevante tiene que ver con la posible incorporación a los sistemas tradicionales de salud (partería) de nuevos conocimientos, prácticas y tecnologías pertenecientes al sistema médico occidental. Esto deberá hacerse respetando los derechos colectivos y como resultado de un proceso deliberativo y negociado con los SST. Además se requerirá el consentimiento previo, libre e informado de los agentes tradicionales de salud y organizaciones comunitarias. Se valorarán, desde luego, los conocimientos respaldados por

---

<sup>77</sup> Por ejemplo, los sistemas orales de comunicación o valores comunitarios como la reciprocidad y la solidaridad.

<sup>78</sup> Para este objetivo es necesario desarrollar otras políticas que fortalezcan los sistemas de comunicación y transporte comunitarios.

la investigación y los avances tecnológicos dirigidos a asegurar la vida de las madres y los recién nacidos. En los casos que sean necesarios se deberán realizar estudios e investigaciones de tipo cultural, y científico médicos previos, con la participación de los agentes tradicionales de salud, para garantizar que no se socaven los derechos colectivos.

## **2. En las unidades operativas.**

Históricamente la relación entre parteras tradicionales e instituciones de salud en el país se ha caracterizado por una posición de subordinación de las primeras frente al personal de salud que atiende en establecimientos, lo cual se hace particularmente palpable cuando las parteras acuden en compañía de sus pacientes en casos de complicaciones obstétricas. Las posibilidades de participación de las parteras al interior de los establecimientos de salud han sido mínimas y, en el mejor de los casos, el accionar de las parteras en estos espacios ha estado limitado a brindar apoyo emocional a las parturientas referidas en casos complicados.

No obstante la rigidez de este panorama, en épocas recientes han habido iniciativas locales de implementación de modelos interculturales, patrocinadas tanto por el Estado, como por organizaciones indígenas y agencias de cooperación, que involucran la participación de parteras tradicionales en la atención institucional de la salud materna. Estas experiencias han permitido que tome cuerpo entre diversos actores la propuesta de incluir dentro de los servicios de atención primaria a las parteras tradicionales.

Parteras tradicionales consultadas, y representantes de organizaciones sociales e indígenas, han sido claros al proponer que las parteras puedan -de acuerdo a la demanda local-, incorporarse a las unidades operativas de salud para brindar atención obstétrica conjuntamente con el personal de salud.

Para las parteras tradicionales a favor de esta propuesta, y que tienen experiencia de atención en centros de salud y hospitales del país, el trabajo que ellas realizan en los establecimientos tiene gran importancia debido a la confianza que brindan a las pacientes indígenas que acuden. Son las parteras quienes ayudan a las mujeres que no hablan castellano y que se encuentran ante un sistema de atención radicalmente distinto al de sus hogares y comunidades. En algunos lugares, como Otavalo, Esmeraldas y Loreto, las parteras incluso han optado por atender partos en los centros de salud, cumpliendo turnos rotativos entre parteras de distintas comunidades. En cada localidad e institución las experiencias de atención institucional de las parteras han sido variadas, pero han servido para identificar pautas de cómo debería organizarse un servicio de atención materna propiamente intercultural.

La definición del rol de las parteras en las unidades operativas es la oportunidad para constituir propiamente modelos interculturales de salud, en el que se promueva la atención conjunta del embarazo, parto y posparto entre los agentes tradicionales de salud (parteras) y el personal médico. Además de otras prestaciones como la atención de diferentes problemas de salud (espanto, mal aire, limpias, etc.) y consejería en SSR y otros temas.

Estos modelos interculturales de salud deberían garantizar que los componentes del Sistema tradicional de salud y del parto tradicional puedan participar en las Unidades Operativas

(U.O.) en igualdad de condiciones (Saberes, tecnologías y prácticas terapéuticas y espirituales.) Bajo este marco se deben plantear las adecuaciones culturales en las U.O. Al igual que los modelos de atención interculturales en la comunidad, estas actividades deberían definirse en “Talleres de intercambio de conocimientos” con el propósito de llegar a consensos y permitir la sostenibilidad de cada una de las iniciativas. Otras medidas complementarias que podrían desarrollarse en las unidades operativas son la adecuación de huertos medicinales tradicionales e investigaciones conjuntas entre los sistemas tradicionales de salud y el MSP en saberes ancestrales (coordinados con los programas de investigación definidos por los sistemas tradicionales de salud).<sup>79</sup>

Finalmente, tomando en cuenta la preocupación surgida en los grupos focales, se debería garantizar que durante el tiempo en el que las parteras tradicionales atienden en las Unidades Operativas, exista otro grupo de parteras que estén en sus comunidades. Esto requiere un trabajo coordinado entre la comunidad y las unidades operativas.

### **6.3. Línea Estratégica 3: Promover y apoyar otros modelos de atención de salud (Jambi Huasi)**

El Jambi Huasi se creó en Otavalo en 1984 por la Federación Indígena y Campesina de Imbabura (FICI), para ofrecer un servicio de salud dirigido a la población indígena excluida del sistema de salud oficial (Rodríguez:2008). Este modelo de atención ofrece complementariamente prestaciones de la medicina tradicional y occidental, dirigidas a la población de las áreas urbanas y rurales perteneciente a los pueblos y nacionalidades del Ecuador, así como a la población mestiza que así lo requiera. En estos espacios pueden definirse estrategias múltiples, que ofrezcan la atención tradicional del parto o la atención intercultural (atención conjunta entre el sistema occidental de salud y los sistemas tradicionales de salud).

### **6.4. Ámbitos de Aplicación de las Líneas Estratégicas y Roles de las parteras en el SNS:**

El trabajo actual de las parteras tradicionales en el país ocurre alrededor de tres espacios diferentes, dentro de los cuales se debe llegar a definir su rol: a) la comunidad; b) unidades operativas del MSP; y c) Jambi Huasi que conjugan sistemas de salud.

Las tres líneas estratégicas expuestas guiarán la definición de los roles de las parteras tradicionales en cada uno de estos ámbitos, generando propuestas que combinen, en cada espacio con un énfasis diferente, la plurinacionalidad, los derechos colectivos y la interculturalidad.

#### **a) Roles de las Parteras Tradicionales en el Ámbito Comunitario**

##### **Roles Tradicionales:**

---

<sup>79</sup> Las investigaciones deben hacerse respetando los derechos colectivos, sobre todo el relacionado con el art. 57, numeral 12.

- Atención del embarazo, parto, posparto, y del recién nacido acorde a las costumbres ancestrales
- Atención de otros problemas de salud (espanto, mal aire, limpias, etc.)
- Lideresas comunitarias (orientadoras espirituales de sus comunidades)
- Guardianas y reproductoras de la cultura, los saberes ancestrales y la memoria colectiva de las comunidades

### **Nuevos Roles en los Sistemas Tradicionales de Salud:**

- Investigación y rescate de saberes y prácticas ancestrales
- Formación a jóvenes de sus comunidades en partería tradicional
- Facilitadoras de Talleres de Intercambio de Conocimientos con otros prestadores tradicionales.

### **Roles de Vínculo con los Equipos de Atención Primaria**

El rol de las parteras en el ámbito comunitario incluiría no sólo las prácticas de salud tradicionales que históricamente han venido realizando, sino también su participación en una estrategia de atención intercultural, que involucre el trabajo con los Equipos de Atención Primaria del MSP. Esto implicaría acciones conjuntas entre estos equipos y las parteras en varios aspectos:

- Identificación de mujeres embarazadas en la comunidad;
- Atención conjunta a mujeres embarazadas;

En la práctica, esta colaboración entre los Equipos de Atención Primaria y parteras tradicionales se traduciría en una forma de atención conjunta y complementaria:

*“[Lo importante] sería el acompañamiento que el equipo básico de salud del área de influencia dé para acompañar a la partera comunitaria; que esté pendiente de las personas que ella está atendiendo y que lo haga complementariamente, conjuntamente. Si la compañera partera está siendo su chequeo prenatal para acomodar al recién nacido, nosotros los médicos lo hacemos para tomar signos vitales, para mirar, para complementar, de pronto si hay anemia y todo lo demás. La compañera partera lo hará para aconsejar en cuanto a la alimentación sana, la vestimenta, el cuidado de la familia y todo lo demás. Creo que esa complementariedad, y ese acompañamiento, y esa cercanía debería darse desde los mismos equipos básicos. Ese sería uno de los roles fundamentales que el MSP tiene que asumir en este momento”.*

- Identificación oportuna de embarazadas con señales de peligro en el embarazo y en el parto para su referencia a unidades operativas;

Las parteras deberían conocer un conjunto de prácticas biomédicas básicas para fomentar un parto seguro, a través del intercambio de conocimientos con el personal de salud occidental que opera a nivel comunitario.



En el ámbito comunitario, un aspecto clave de la articulación con los Equipos de Atención Primaria es el funcionamiento adecuado de un sistema de referencia y contrareferencia, incluyendo la disponibilidad de atención de emergencia, y la accesibilidad a la misma, mediante planes comunitarios de traslado, en los que las parteras jueguen un rol protagónico:

*“...Debe haber un plan de evacuación de emergencias obstétricas por cada mujer embarazada. (Al identificar) a las embarazadas, la señora partera capacitada, que ya es parte de nuestra red de servicios local, trabaja con la familia, en el sentido de darle importancia al control prenatal, las vacunas, todo ese tipo de cosas. Pero también de decirle a la familia, que supongamos, que tiene riesgo, “señor, 15 días antes, 1 mes antes va a entrar la avioneta de Macas a sacarle a la señora, porque necesita tener una cesárea”. Y el problema que hay en la comunidad es que ‘Con quién dejo a mis gallinitas, mi perritos, mis guaguitos?’. Justamente ese es el trabajo que tiene que hacer la partera, prepararle. Porque no consiste en que yo como equipo básico por más avioneta que tenga en la Amazonía entre y diga: ‘Sabe que señora, trepe en la avioneta’. [Ella dirá] ‘Cómo así pues, a mí nadie a dicho que me van a sacar, es más, algún rato me dijeron, y a dónde voy a ir, dónde dejo la gallina, etc.’? No es así no más.” (Salud Intercultural)*

El sistema de referencia no sólo debe garantizar atención de emergencia disponible, sino sobretodo debe permitir que las parteras que acuden con pacientes a establecimientos de referencia se encuentren con personal de salud amigable, y respetuoso ante su labor y sus conocimientos.

- Registro de las atenciones que hacen las parteras tradicionales para alimentar un sistema comunitario de vigilancia epidemiológica;
- Co-coordinación de los planes de emergencia comunitaria para trasladar oportunamente a mujeres con problemas obstétricos;
- Promoción y prevención (consejería) en SSR, en salud materna y neonatal (planificación familiar), nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales;

Entre las ventajas que los actores han visualizado en esta propuesta de roles para las parteras en sus propias comunidades, están las siguientes:

1. Las parteras pueden brindar cuidados y vigilancia permanente a las mujeres durante el embarazo y el posparto, así como también a los recién nacidos.
2. La partera puede brindar atención domiciliaria a cualquier hora, pero especialmente en las noches, cuando ocurren los partos con mayor frecuencia.
3. Las parteras pueden tener a la mano las plantas medicinales necesarias para la atención, pues muchas parteras tienen huertos en sus casas.
4. La gente de la comunidad se siente familiarizada con las parteras, dado que comparte su misma cultura, cosmovisión e idioma. Además existe un trato más personalizado y cercano, que promueve mayor confianza hacia la atención de la partera.

5. En la atención domiciliaria los familiares pueden estar presentes en todos los momentos del parto apoyando emocionalmente a la parturienta.
6. En la atención domiciliaria las parteras pueden realizar prácticas y rituales tradicionales (masajes, manteos, encaderamiento, baños con plantas medicinales, entierro de la placenta, etc.)
7. Se daría una recuperación más temprana de la parturienta por los cuidados oportunos de la partera y la familia (Reposo de treinta días).
8. Por una adecuada alimentación no se seca la leche. La partera aconseja buena alimentación específica para el puerperio.
9. El trabajo de las parteras en la comunidad puede fortalecer su liderazgo.
10. Se promovería la reproducción del rol de la partera. Transmisión y preservación de los conocimientos de la partería. (Las hijas acompañan el trabajo de sus madres)
11. Las parteras también podrían brindar su atención en otros aspectos como limpiezas del mal aire, espanto (Huasha shungo) y la curación otras dolencias.
12. En un trabajo coordinado con los Equipos de Atención Primaria, las embarazadas identificadas con signos de alarma serían referidas oportunamente hacia unidades de salud del MSP.
13. Las parteras pueden liderar el diseño y ejecución de Planes de Emergencia-Evacuación obstétricos.

#### **b) Roles de las Parteras Tradicionales en el Ámbito Institucional (Unidades Operativas del MSP)**

##### **Roles en las Unidades Operativas:**

- Consultas prenatales relacionadas a la atención de molestias y eventuales riesgos que se puedan presentar durante el embarazo <<atribuidas al frío, “debilidad”, náuseas, amenaza de aborto, etc.>>, consejería sobre la frecuencia y el momento recomendado para tener relaciones sexuales con su pareja, acomodar al bebé que se encuentra atravesado en el vientre de la madre, identificación de señales de peligro, etc.
- Atención durante el trabajo de parto, brindando apoyo emocional, infusiones de plantas medicinales, realizando el manteo o masajes, procurando el abrigo de la parturienta, y fomentando el acompañamiento de los familiares.
- Atención del parto normal, post-parto y del recién nacido, de acuerdo a las costumbres locales, toda vez que las pacientes manifiesten una preferencia por ser atendidas de acuerdo al sistema de salud tradicional, y contando siempre con el apoyo del personal biomédico en caso de presentarse complicaciones obstétricas.
- Atender otro tipo de problemas de salud de acuerdo a la cosmovisión andina (espanto, mal aire, limpiezas, etc.)
- Promoción y prevención en SSR (planificación familiar), salud materna y neonatal, nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales;
- Traducción del español al Kichua para usuarias indígenas de los servicios de salud
- Veeduría social para que se garanticen los derechos en SSR de las usuarias de los servicios de salud.

Esta propuesta difiere radicalmente de las experiencias que han tenido algunas parteras en determinadas unidades de salud, donde su rol se ha visto limitado a ejercer como auxiliares de médicos y enfermeras, y brindar apoyo emocional a las parturientas.

### **c) Rol de las Parteras en Otros Modelos de Salud (Jambi Huasi)**

Este modelo de atención ofrece complementariamente prestaciones de la medicina tradicional y occidental, dirigidas principalmente a la población perteneciente a los pueblos y nacionalidades del Ecuador, así como a la población mestiza que lo requiera.

En la práctica, en este tipo de centros de salud se han implementado modelos multiculturales, donde diferentes medicinas coexisten, pero sin llegar a desarrollar servicios propiamente interculturales.

No obstante, estos espacios tienen la ventaja de que al ser iniciativas propiciadas por organizaciones comunitarias, presentan condiciones más favorables para que el diálogo entre medicinas y prestadores de salud se dé de forma más equitativa. Consecuentemente, el rol de las parteras en estos centros comunitarios sería similar al descrito en la sección anterior (unidades de salud), con la diferencia de que las prácticas tradicionales tendrían mayor libertad de ser incorporadas en la atención.

Las ventajas identificadas por los actores consultados con respecto a los roles propuestos para las parteras en unidades de salud del MSP yJambi Huasi, son:

- Construcción de modelos de salud interculturales
- Atención del embarazo, parto y post-parto de acuerdo a las expectativas culturales de las usuarias (abrigo, aguas medicinales, posición del parto, dieta, entre otros)
- Acceso inmediato a la atención de emergencias obstétricas/ prevención de la MM
- Mayor confianza de las usuarias con la partera
- Apoyo emocional y habilidades interpersonales de la partera permiten que el trabajo de parto sea menos prolongado
- Posibilidad de atender a la usuaria en su idioma nativo
- Incremento del uso de los servicios de los servicios de SSR (p. ej., Papanicolaou)
- Posibilidad de intercambiar conocimientos y aumentar sensibilización cultural
- Mejoramiento del trato hacia las usuarias
- La partera puede identificar otras expectativas culturales de atención de la parturienta
- Posibilidad de que las parteras ejerzan la veeduría social en los servicios
- Empoderamiento de las usuarias en cuanto a sus derechos en SSR

Por el contrario, también se han identificado algunos riesgos que podrían surgir en la implementación de estos roles en las Unidades Operativas:

- Utilización de los agentes tradicionales para promover el uso de los servicios biomédicos, en desmedro de la actividad tradicional.
- Occidentalización/aculturación de las prácticas de las parteras
- Imposibilidad de practicar ritos y simbología ancestral en contextos institucionales

- Descontextualización de las actividades curativas de los agentes tradicionales en contextos institucionales
- Pérdida del rol protagónico de las parteras/ adopción de roles auxiliares
- Pérdida de relaciones de reciprocidad entre parteras tradicionales y usuarias.
- Imposición del criterio biomédico ante criterio ancestral (discrepancias sobre la pertinencia clínica de ciertas prácticas tradicionales, por ejemplo, manteo, algunas infusiones, etc.)
- Disminución de la disponibilidad de parteras que atienden en sus comunidades.

Para evitar ello, los roles propuestos para las parteras, tanto el ámbito comunitario como institucional, deben ir acompañados de acciones en concordancia con las líneas estratégicas descritas: fortalecer la práctica tradicional de la partera al interior de sus propias comunidades, y fomentar vínculos interculturales con el personal de salud.

### **6.5. Políticas de Fortalecimiento de las prácticas tradicionales de las parteras**

El fortalecimiento de la partería ancestral implica el desarrollo de algunas acciones estratégicas para garantizar su continuidad cultural.

- Creación de Centros de Investigación de Prácticas y Saberes Ancestrales
- Creación de Centros de Formación de Parteras Tradicionales:

*“En este momento la mayoría de las parteras son mujeres de muchos años. Debería darse un proceso de garantizar la transmisión de esos conocimientos de madres a hijas, a mujeres jóvenes de la misma comunidad que quieran asumir el rol de las parteras, porque estamos viendo que hay muchas parteras que sus hijas ya no quieren trabajar con ellas” (Casa Campesina Cayambe)*

- Talleres de “Intercambio Continuo de Experiencias y Conocimientos” con parteras de otras provincias y regiones,
- Investigación sobre medicinas ancestrales
- Creación de huertos de plantas medicinales necesarias para la atención del parto:

*“Que cada agente tenga su huertito. Para eso unos alambritos y unos saquitos de abono, unas semillitas y plantas. Eso no nos han dado. Les falta esto, esto, a la final eso también cuesta, cultivar, siquiera en eso [nos deberían apoyar]. Cultivamos las plantas. Yo las plantas que utilizo tengo en huerto.” (Grupo focal parteras Chimborazo)*

- Socializar y revalorizar el trabajo que realizan las parteras dentro de sus propias comunidades.

En algunas comunidades, la labor de partería ha perdido reconocimiento intracomunitario, pues los cabildos no valorizan el trabajo que realizan las parteras: “No quieren reconocer las rayas de las mingas. No reconocen nuestro trabajo como trabajo comunitario”.

- Promover y potenciar el rol de liderazgo de las parteras y los agentes de la medicina tradicional en general dentro de las propias organizaciones comunitarias y fomentar la organización de parteras:

*“Creo que [sobre] las compañeras parteras o yachaks, falta mayor involucramiento en la organización. Ellos para nosotros deben ser los líderes, los guías en materia de medicina. [Actualmente] no los hemos tenido así con fuerza digamos, porque obviamente hay limitaciones. Pero creo que la organización, la comunidad, hemos descuidado esa parte, pero ahora desde el CODENPE hemos dicho que necesitamos que esa gente se involucre en la comunidad, en la organización, como facilitadores, como apoyo, y para orientar, apoyar esas sabidurías que muy pocos aún están en las comunidades, porque se mueren los viejos y se van con todo, y no hay una investigación real, creo que ese es un trabajo también desde el CODENPE, el MSP, hacer una investigación profunda, real, aplicable para nuestras poblaciones y comunidades”.*

#### **6.6. Políticas de Fomento de relaciones interculturales entre parteras y personal de salud**

Para garantizar el diálogo, los acuerdos y el éxito de las estrategias para fomentar relaciones interculturales entre parteras y personal de salud, se requiere desarrollar diferentes acciones tanto en la Comunidad como en las Unidades Operativas:

- Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos” entre los agentes tradicionales de salud (parteras) y el personal médico, sobre diversos temas:
  - a) Saberes y prácticas ancestrales (Sensibilización al personal médico del MSP)
  - b) Procedimientos parto seguro con medidas de bioseguridad
  - c) Identificación de señales de peligro en el embarazo, parto, posparto y del recién nacido
  - d) Referencia y contrarreferencia
  - e) Y otros temas relacionados a la promoción, prevención y atención en salud materna y neonatal y en derechos de los niños/as y mujeres. (Ver sección 7)

La sensibilización al personal de los establecimientos de salud podría incluir el mejoramiento del trato interpersonal por parte del personal de salud, tanto en la comunidad como en las unidades operativas. Debe incluir tanto a profesionales, como a personal administrativo y de servicio. Se debe tomar en consideración que el personal suele ser rotativo, lo cual implica programas de capacitación y actualización constantes.

#### **En la Comunidad:**

- Fortalecimiento del sistema de referencia a unidades de mayor complejidad;

- Diseño y aplicación conjunta de los sistemas de información interculturales en coordinación con la red de servicios estatales (censo mujeres embarazadas, nacimientos, muertes madres y neonatos).
- Elaboración conjunta de planes de emergencia comunitaria para trasladar oportunamente a mujeres con problemas obstétricos;
- Elaboración conjunta de planes para la promoción y prevención en SSR, en salud materna y neonatal, nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales;
- Socialización y promoción entre la comunidad de acciones conjuntas.
- Dotación permanentemente de equipos e insumos (maletín de atención del parto: alcohol, algodón, gasas, tijeras, guantes, reatas o cordón). En algunas provincias de la Amazonía incluso las parteras han solicitado que se les proporcione botas, linternas, pilas, y poncho de aguas para su labor en las comunidades de la selva.

#### **En las Unidades Operativas:**

- Garantizar que en los modelos de atención de salud intercultural en las Unidades Operativas los componentes de los sistemas tradicionales (saberes, tecnologías y prácticas terapéuticas y espirituales) puedan participar en igualdad de condiciones.
- Adecuación de nuevos espacios dentro de los establecimientos de salud, lo cual puede implicar el equipamiento con colchonetas, mantas, cocinetas, calefactores, termostatos, etc. Algunos de estos acondicionamientos están ya considerados en la Guía del Parto Culturalmente Adecuado.
- Investigaciones conjuntas entre personal médico y los agentes tradicionales de salud en saberes y conocimientos ancestrales. (coordinados con programas de investigación definidos por organizaciones de los pueblos y nacionalidades).
- Adecuar espacios de hospedería junto a los centros de salud para familiares de las parturientas y para las mismas parteras que cumplen turnos rotativos.

**Cuadro 1. Resumen de Roles de las Parteras Tradicionales y políticas de fortalecimiento y fomento**

Ámbito de los roles	Roles de las Parteras Tradicionales	Políticas de Fortalecimiento y fomento
Comunitario	<p align="center"><b>Roles tradicionales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de Centros de Investigación de prácticas y saberes ancestrales</li> <li>• Creación de Centros de Formación de Parteras Tradicionales</li> <li>• Talleres de “Intercambio continuo de experiencias y conocimientos” con parteras de otras provincias y regiones,</li> <li>• Investigaciones en medicinas ancestrales.</li> <li>• Creación de huertos de plantas medicinales necesarias para la atención del parto</li> <li>• Socializar y revalorizar el trabajo que realizan las parteras dentro de sus propias comunidades.</li> <li>• Promover y potenciar el rol de liderazgo de las parteras y los agentes de la medicina tradicional en general dentro de las propias organizaciones comunitarias y fomentar la organización de parteras</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención del embarazo, parto, posparto, y del recién nacido acorde a las costumbres ancestrales</li> <li>• Atención de otros problemas de salud espanto, mal aire, limpias, etc.)</li> <li>• Lideresas comunitarias (orientadoras espirituales de sus comunidades)</li> <li>• Guardianas y reproductoras de la cultura, los saberes ancestrales y la memoria colectiva de las comunidades</li> </ul>	
	<p align="center"><b>Nuevos roles en los Sistemas Tradicionales de Salud</b></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigación y rescate de saberes y prácticas ancestrales.</li> <li>• Formación a jóvenes de sus comunidades en partería tradicional</li> <li>• Facilitadores de los Talleres de Intercambio de conocimientos</li> </ul>	
	<b>Roles de vínculos interculturales con los Equipos de Atención Primaria</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de mujeres embarazadas en la comunidad;</li> <li>• Atención conjunta a mujeres embarazadas;</li> <li>• Identificación oportuna de embarazadas con señales de peligro en el embarazo y en el parto para su referencia a unidades operativas;</li> <li>• Registro de las atenciones que hacen las parteras tradicionales para alimentar un sistema comunitario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento del sistema de referencia a unidades de mayor complejidad;</li> <li>• Diseño y aplicación conjunta de los sistemas de información interculturales en coordinación con la red de servicios estatales (censo mujeres embarazadas, nacimientos, muertes madres y neonatos).</li> <li>• Elaboración conjunta de planes de emergencia comunitaria para trasladar oportunamente a mujeres con problemas obstétricos;</li> <li>• Elaboración conjunta de planes para la promoción y prevención en</li> </ul>

	<p>de vigilancia epidemiológica;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción y prevención (consejería) en SSR, en salud materna y neonatal (planificación familiar), nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales;</li> <li>• Co-Coordinación del plan de acción para emergencias obstétricas</li> </ul>	<p>SSR, en salud materna y neonatal, nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialización y promoción entre la comunidad de acciones conjuntas.</li> <li>• Dotación permanentemente de equipos e insumos (maletín de atención del parto: alcohol, algodón, gasas, tijeras, guantes, reatas o cordón). En algunas provincias de la Amazonía incluso las parteras han solicitado que se les proporcione botas, linternas, pilas, y poncho de aguas para su labor en las comunidades de la selva.</li> <li>• Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos” entre los agentes tradicionales de salud (parteras) y el personal de los Equipos de Salud Básicos en: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saberes y prácticas ancestrales (Sensibilización al personal médico del MSP)</li> <li>2. Procedimientos parto seguro con medidas de bioseguridad (uso de guantes para protección de las parteras)</li> <li>3. Identificación de señales de peligro en el embarazo, parto, posparto y del recién nacido</li> <li>4. Referencia y contrarreferencia</li> <li>5. Y otros temas relacionados a la promoción, prevención y atención en salud materna y neonatal y en derechos de los niños/as y mujeres. (Ver sección 7)</li> </ol> </li> </ul>
<p><b>Institucional (Unidades Operativas del MSP)</b></p>	<p><b>Roles de vínculos interculturales con las Unidades Operativas</b></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas prenatales</li> <li>• Atención conjunta y complementaria con el personal biomédico de las U. O. del parto, y chequeos post-parto y del recién nacido, de acuerdo a las costumbres locales, toda vez que las pacientes manifiesten una preferencia por ser atendidas de acuerdo al sistema de salud tradicional, y contando siempre con el apoyo del personal biomédico en caso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar que en los modelos de atención de salud intercultural en las Unidades Operativas los componentes de los sistemas tradicionales puedan participar en igualdad de condiciones. (Saberes, tecnologías y prácticas terapéuticas y espirituales.)</li> <li>• Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos” entre los agentes tradicionales de salud (parteras) y el personal médico y administrativo de las Unidades Operativas:</li> </ul>



	<p>de presentarse complicaciones obstétricas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender otro tipo de problemas de salud de acuerdo a la cosmovisión andina (espanto, mal aire, limpias, etc.)</li> <li>• Promoción y prevención (consejería) en SSR, en salud materna y neonatal (planificación familiar), nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales;</li> <li>• Acompañamiento psicológico de las parturientas en la labor del Parto</li> <li>• Traducción del español al quichua a las usuarias indígenas de los servicios de salud</li> <li>• Veeduría social para que se garanticen los derechos en SSR de las usuarias de los servicios de salud.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saberes y prácticas ancestrales (Sensibilización al personal médico del MSP)</li> <li>2. Procedimientos parto seguro con medidas de bioseguridad (uso de guantes para protección de las parteras)</li> <li>3. 3. Identificación de señales de peligro en el embarazo, parto, posparto y del recién nacido</li> <li>4. Referencia y contrarreferencia.</li> <li>5. Y otros temas relacionados a la promoción, prevención y atención en salud materna y neonatal y en derechos de los niños/as y mujeres. (Ver sección 7</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuación nuevos espacios dentro de los establecimientos de salud, lo cual puede implicar el equipamiento con colchonetas, mantas, cocinetas, calefactores, termostatos, etc. Algunos de estos acondicionamientos están ya considerados en la Guía del Parto Culturalmente Adecuado.</li> <li>• Adecuar espacios de hospedería junto a los centros de salud para familiares de las parturientas y para las mismas parteras que cumplen turnos rotativos.</li> <li>• Investigaciones conjuntas entre personal médico y los agentes tradicionales de salud en saberes y conocimientos ancestrales. (coordinados con programas de investigación definidos por organizaciones de los pueblos y nacionalidades).</li> </ul>
<p><b>Otros modelos de atención (Jambi Huasi)</b></p>	<p><b>Roles en otros modelos de atención de salud (Jambi Huasi)</b>          Similares a los roles y políticas de fomento que en las Unidades Operativas</p>	

## 7. PROPUESTA DE LINEAMIENTOS GENERALES SOBRE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

La propuesta de lineamientos generales sobre necesidades de capacitación y actualización son planteadas como parte de un conjunto de acciones necesarias para la sostenibilidad técnica de la propuesta para la definición del rol de las parteras en el SNS.

Tradicionalmente las capacitaciones a parteras se han aplicado en varios países, bajo el liderazgo de la Organización Mundial de Salud (OMS), como parte de las estrategias para reducir la muerte materna. Los programas de capacitación se han orientado a contrarrestar los riesgos en el embarazo, parto y posparto y a lograr la referencia temprana en caso de complicaciones obstétricas. Los temas que se han privilegiado en este sentido han sido:

- “Promover la prácticas seguras entre las parteras, como la higiene, especialmente el lavado de manos y procedimientos de corte del cordón umbilical;
- La no interferencia durante la labor de parto;
- El cuidado de las madres antes, durante y después del parto;
- Identificación y referencia de las madres en riesgo;
- Eliminación de prácticas tradicionales dañinas y apoyo a aquellas que contribuyen al apoyo psico-social” (Mangay-Manglacas:235)

En algunos lugares también se han incluido capacitaciones sobre hidratación oral e inmunización, articulados a los programas de atención primaria.

En 1985 la reunión sobre Tecnología Adecuada para el Parto, de la OMS, realizada en Brasil recomienda la colaboración con equidad entre los sistemas de atención del parto institucional y tradicional. A partir de 1992 esta postura que mostraba un reconocimiento más amplio de los sistemas tradicionales de salud, se cierra y se impone una línea que ya no considera a las parteras tradicionales y sus sistemas de atención tradicionales como potenciales colaboradoras del sistema médico institucional, de tal forma que los programas de capacitación se enmarcan dentro de estrategias temporales para paliar la escasez de servicios de atención materna institucionalizados. Adicionalmente, los organismos internacionales llegaban a la conclusión, sin mayor sustento estadístico y sin observar otros elementos cualitativos de la capacitación, que ésta no había ayudado a reducir la muerte materna. En 1997, la OMS y la Iniciativa por una Maternidad Segura se manifestaron abiertamente a favor de la universalización de la atención del parto por agentes de salud calificados, es decir, que tengan la capacidad para manejar complicaciones obstétricas, determinando que las parteras solo deberían cumplir un rol de vínculo de las mujeres embarazadas con los profesionales obstétricos. Los programas de capacitación se han circunscrito por lo tanto a estas preocupaciones.

En los procesos de capacitación a parteras no se han tomado en cuenta los saberes ancestrales de estos agentes, ni la cosmovisión y valores culturales de las poblaciones a las que atienden. Por el contrario se ha puesto el énfasis sobre el riesgo y complicaciones obstétricas, llegando inclusive a medicalizar en extremo los eventos del parto y el embarazo, que para muchas usuarias y agentes de medicina tradicional constituyen eventos normales

y/o definidos por creencias y prácticas culturales específicas y persistentes (Bradby & Murphy-Lawless:284-285)

La propuesta que hemos desarrollado para la definición del rol de la partera en el SNS nos obliga a ampliar la perspectiva. Esta se sustenta en los principios de la plurinacionalidad y el de la interculturalidad dentro del marco de la estrategia estatal – comunitaria planteada para asegurar la salud materna y neonatal en el país. Esto supone ubicar a los procesos de capacitación dentro de la perspectiva abierta por el enfoque del “diálogo de saberes”, que incluyen los temas relacionados al reconocimiento de señales de peligro y una pronta y eficiente respuesta para la atención de las emergencias obstétricas por parte de las parteras tradicionales, pero también a un amplio espectro de temáticas orientadas a fortalecer los saberes y prácticas ancestrales, así como a consolidar los modelos interculturales de atención en salud.

Debemos partir de la premisa de que todos los temas, incluidos los antes señalados, considerados fundamentales en la sostenibilidad de la propuesta, son concebidos y manejados por los actores de la salud de los dos sistemas, de acuerdo a sus propias conocimientos y códigos culturales. Por lo tanto deberíamos superar la noción de capacitación que significa la transferencia de conocimiento de un actor a otro<sup>80</sup>, y adoptar un enfoque en el que se privilegien procesos de enseñanza – aprendizaje de doble vía, que fomenten el intercambio de conocimientos sobre los temas trabajados colectivamente y la consecución de acuerdos sostenibles en el largo plazo. Por eso proponemos de manera similar como ha sucedido exitosamente en México y en algunas experiencias realizadas en el Ecuador, adoptar la noción y la metodología de Talleres-Encuentros de “Intercambio Continuo de Conocimientos y Experiencias” o “Talleres para el Dialogo de Saberes” (TICCE o TDS) entre parteras tradicionales y personal médico del sistema formal de salud.

Como se desprende de la experiencia Mexicana:

*“Desafortunadamente en esta visión de capacitación se menospreció el conocimiento de las mujeres indígenas y los aportes específicos que podía ofrecer el modelo tradicional de atención del parto, debido a un elemento esencial; se les olvidó preguntar y mirar los procedimientos y conocimientos que presentan y realizan las parteras tradicionales. A partir del año 2004 la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural elaboró e inició el uso de la metodología llamada “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo”, que se lleva a cabo entre el personal de salud de un hospital, o región y las parteras del ámbito de acción. En este taller-encuentro, las personas participantes de ambos modelos interaccionan en un plan horizontal, presentando a los y las asistentes del otro modelo, sin imponer, el cómo atienden el embarazo, parto y puerperio, llegando al final a una negociación intercultural para tomar acuerdos que beneficien a ambas partes, y que particularmente favorezcan la salud y satisfacción de las mujeres y de los recién nacidos.”<sup>81</sup>*

---

<sup>80</sup> Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la capacitación significa hacerle a uno apto, habilitarle para alguna cosa. Esto significa una relación que conecta a alguien que conoce y sabe sobre lo que se capacita con otro que no sabe y que recibe la capacitación.

<sup>81</sup> Almaguer González, José Fernández y Hernán José García Ramírez, “La Atención Intercultural a las mujeres: El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.”

La metodología de los Talleres de “Intercambio de Conocimientos y Experiencias o para el Dialogo de Saberes” deben aplicarse en dos momentos diferentes, cada uno fundamental para lograr la sostenibilidad de la propuesta en su conjunto:

- a) En el proceso de acreditación de las parteras tradicionales
- b) Y en el proceso de consolidación de la propuesta sobre el rol de las parteras en el SNS, a nivel comunitario e institucional.

### **7.1. Lineamientos Generales de la metodología de los Talleres de “Intercambio de Conocimientos y Experiencias” o Talleres para el Dialogo de Saberes”**

El dialogo de saberes en el marco de la metodología propuesta debe permitir el debate sobre diferentes concepciones en torno a un mismo tema y la consecución de acuerdos locales entre los dos sistemas de salud, por ejemplo, el parto vertical:

“[Las parteras] Estamos preparadas para poder intercambiar nuestros conocimientos. Los saberes nuestros serían lo de las plantas medicinales, de los materiales de parto, todo eso. Por ejemplo, los médicos saben de las medicinas occidentales, de los materiales que ellos cogen, entonces ahí sí intercambiamos, entonces nosotros hacemos con lo nuestro. Y en cambio nos dan lo que ellos han aprendido... Los médicos no están capacitados para el parto vertical. Incluso eso es un pecado para ellos. Porque, yo recién me retiré de la casa de parto. Incluso el ginecólogo si no le parecía bien, me decía, pero cómo te vas a arrodillar, pudiendo estar cómodo en la camilla. ¿Pero si la paciente se me bota de la camilla?. Ellos no están de acuerdo en eso. La facilidad del parto vertical, la confianza de que el niño está de cabecita, y la facilidad del peso que tiene para que se abra más fácil la cadera y nace más pronto. Y ellos dicen, pero es un riesgo señora partera, que tal se va en una hemorragia. Pero debe haber motivo para que se vaya en una hemorragia, sin motivo no hay hemorragia. Es un debate que hemos tenido..., Tienen que ceder. Pero allá en nuestra comunidad no nos pueden cambiar nuestra cultura.” (Grupo Focal parteras Sucumbíos)

La metodología y los contenidos de los Talleres de “Intercambio de Conocimientos o para el Dialogo de Saberes” deben tomar en cuenta y potenciar las particularidades sociales y culturales locales y regionales de los sistemas tradicionales de salud, por ejemplo, entre otras:

- a) el idioma de cada nacionalidad;
- b) los sistemas orales de comunicación, que no solo se expresan en la cosmovisión y la identidad de las comunidades (creencias, mitos, rituales, nombres y expresiones), sino que además constituyen una forma de relación social, que privilegia como valor el uso público de la palabra, sustenta la cohesión y la confianza comunitaria, además de promover la transparencia y el control social; y

c) el nivel de escolaridad de las parteras, para asegurar que el desconocimiento de la lectura y la escritura no sean una barrera que excluya a muchas de ellas de los procesos de acreditación y diálogo de saberes.<sup>82</sup>

- Las parteras tradicionales deberán participar en condiciones de equidad en el diseño y aplicación de los Talleres, promoviendo los acuerdos locales entre los actores de salud de los dos sistemas. Esto supone que puedan participar en calidad de facilitadoras.
- Los contenidos y las metodologías deberán ser actualizados y reforzados de manera continua y permanente.
- Los saberes y prácticas ancestrales cuentan con ricos acervos culturales sobre las temáticas identificadas para el diálogo de saberes, por lo tanto deberán ser reconocidos, valorados y promovidos.
- Las acciones tendientes a incorporar nuevos conocimientos y prácticas basadas en la evidencia en la práctica de la partería tradicional para garantizar la seguridad en la atención materna y neonatal, deberán ser el resultado de un proceso deliberativo y negociado entre las parteras tradicionales de salud, sus sistemas de salud tradicional y el sistema biomédico.
- Para proteger la integridad de los sistemas tradicionales de salud y fomentar el diálogo de saberes se requerirá en ciertos casos realizar estudios específicos de tipo cultural, etno-médicos, etno-botánicos y fitoquímicos que muestren la pertinencia de los conocimientos, prácticas y medicinas ancestrales, con la participación activa de los sistemas tradicionales de salud y sus actores de salud.
- Se promoverá el uso de herramientas pedagógicas prácticas, como los sociodramas y las guías de observación en la comunidad y en las instituciones de salud.

## **7.2. Lineamientos Generales de los Talleres de “Intercambio de Conocimientos o para el Diálogo de Saberes” en la Acreditación**

La definición del rol plantea como condición para que puedan actuar las parteras tradicionales dentro del SNS contar con una acreditación, procedimiento que será descrito en detalle en la siguiente sección. El objetivo de la acreditación es asegurar que las parteras tradicionales que actúen en el SNS estén calificadas tanto en los conocimientos ancestrales de la partería, como en ciertos conocimientos provenientes de la medicina basada en la evidencia para garantizar conjuntamente los derechos SSR de las mujeres embarazadas y el cuidado y la atención de los recién nacidos.

El procedimiento de acreditación incluye dos momentos importantes:

- **El aval comunitario** que acredita a una persona como partera tradicional. Este comprende un perfil que la partera debe cumplir, como por ejemplo, tener como mínimo diez años de experiencia en la partería tradicional y la legitimidad que las asambleas comunitarias le otorgan en un acto público, en el que las y los comuneros dan fe de que tal persona es una partera reconocida y experimentada en sus comunidades.

---

<sup>82</sup> Deberán buscarse estrategias interinstitucionales para lograr que en el corto y mediano plazo las parteras tradicionales acreditadas puedan ser alfabetizadas en el marco de una metodología intercultural.

- **El aval del MSP** acredita a las parteras tradicionales en un conjunto de conocimientos y destrezas sobre al menos tres asuntos fundamentales:
- Los procedimientos para la atención de un parto seguro (antes llamado parto limpio)
- La identificación de riesgos obstétricos en el embarazo, parto y posparto y
- La referencia oportuna a las unidades operativas de mayor complejidad.

Para obtener el aval ministerial las parteras tradicionales deberán rendir una evaluación teórico – práctica que las califique en los temas antes mencionados. Esto requiere que las parteras tradicionales pasen por un proceso de enseñanza- aprendizaje bajo un enfoque intercultural.

Este proceso de enseñanza – aprendizaje con enfoque intercultural sobre los temas señalados deben realizarse en el marco de la metodología propuesta para los “Talleres de Intercambio de Conocimientos o para el Dialogo de Saberes”. Esto no significa que no haya criterios objetivos para evaluar los conocimientos y destrezas aprendidas, sino más bien asegura que estos sean comprensibles en términos culturales para las parteras tradicionales. Por ejemplo, las señales de riesgo en el embarazo son valoradas de forma diferenciada de acuerdo a las creencias y costumbres culturales de cada región y a veces de cada comunidad. Incluso la forma de comprender un mismo concepto, como puede ser el de “riesgo” o “enfermedad” está atravesada por significados culturales diferentes:

*“Por ejemplo, cuando yo le pregunto a una partera quichua del bajo Napo: ¿hay enfermos aquí? me dice: sabes que toditos están enfermos. Por eso están aquí a la cola retirando los remedios de los equipos EBAS. Le digo pero los que están bien mal. Ah, tú me estas diciendo los que han caído enfermos. No es lo mismo, esa es otra cosa interesante. Entonces en la mujer embarazada, en la gestante, es aquella que también está enferma y la que está caída enferma, son conceptos, que a lo mejor para la lógica occidental es lo mismo, pero para ellos sí hay diferencias. Entonces no es lo mismo estar enfermo, que caer enfermo. Por eso digo, que en el proceso de capacitación debe haber esta cuestión de los acuerdos. Pero eso no sale por normativa genérica, desde acá, esos son procesos locales”<sup>83</sup>.*

Esta metodología nos permitiría reconocer y valorar los conocimientos y técnicas desarrollados por los actores tradicionales de salud sobre cada uno de los temas tratados y además permitiría que la definición de criterios claros en la atención de un parto seguro, la identificación y manejo de emergencias obstétricas y el sistema de referencia oportuna a las unidades operativas, sean el resultado no de una imposición, sino de acuerdos locales para asegurar la sostenibilidad de los mismos.

La metodología de los Talleres de “Intercambio de conocimientos o para el Dialogo de Saberes” usada en el proceso de acreditación asegurarían por lo tanto que haya una comprensión más cabal del sentido y la importancia de cada técnica aprendida, y que los significados que rodean a cada tema puedan ser negociados y acordados, reconociendo el aporte que hacen los conocimientos ancestrales, sin perder de vista criterios objetivos que guíen los procedimientos técnicos requeridos y que puedan ser evaluados.

---

<sup>83</sup> Entrevista Dr. Mario Gallo - Salud Intercultural MSP

### **7.3. Lineamientos Generales de los Talleres de “Intercambio de Conocimientos o para el Dialogo de Saberes” para la consolidación de la propuesta sobre el rol de las parteras en el SNS**

Los Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos y Experiencias o para el Dialogo de Saberes” para la consolidación de la propuesta sobre el rol de las parteras en el SNS se guiarán por los lineamientos generales de la misma y los criterios metodológicos anteriormente descritos:

#### **7.3.1. Fortalecimiento de los Sistemas Tradicionales de Salud en el ámbito comunitario:**

Como parte fundamental del fortalecimiento progresivo de los sistemas tradicionales de salud las parteras tradicionales y dirigentes sociales de los pueblos y nacionalidades del Ecuador han señalado la necesidad de promover encuentros locales y regionales para el intercambio de conocimientos o dialogo de saberes entre las propias parteras tradicionales. Estos encuentros que también se enmarcan dentro de los criterios metodológicos generales de los Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos y Experiencias o para el Dialogo de Saberes” deberán ser organizados, diseñados y aplicados por los propias parteras y sus sistemas tradicionales de salud, con el apoyo interinstitucional y del Estado. Sus objetivos serán, entre otros:

- Rescatar los saberes y prácticas ancestrales de la partería tradicional.
- Intercambiar conocimientos y experiencias sobre la partería tradicional.
- Definir programas y articular acciones para la sistematización, investigación y protección de los saberes ancestrales de la partería tradicional.
- Definir programas y articular acciones para la creación de casas de salud tradicionales, donde exista la demanda comunitaria.
- Definir programas y articular acciones para la creación de Centros de formación de parteras tradicionales.

#### **7.3.2. Fortalecimiento de los Vínculos Interculturales entre los dos sistemas de salud en el ámbito comunitario e institucional**

En el ámbito comunitario e institucional distinguimos al menos tres campos temáticos diferentes en el que se deberán proponer los Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos o Dialogo de Saberes” entre las parteras tradicionales y el personal médico del MSP:

- a) El básico que deberán manejar las parteras tradicionales para asegurar una atención segura del parto y una acción oportuna para responder eficazmente a probables emergencias obstétricas, y que contiene los siguientes temas:
  - Procedimientos parto seguro con medidas de bioseguridad (uso de guantes para protección de las parteras)

- Identificación de señales de peligro en el embarazo, parto, posparto y del recién nacido
- Referencia y contrarreferencia
- Reanimación del recién nacido

Otros temas que no se han generalizados y que han sido propuestos por organizaciones y agentes de la medicina occidental:

- Elaboración de plan del parto
  - Anatomía y fisiología del parto
- b) Un nuevo campo temático que les permitirá a las parteras tradicionales fortalecer sus nuevos roles y en algunos otros que tradicionalmente lo han venido haciendo, como los relacionados a la prevención y promoción en SSR y promoción de los derechos de la mujeres:
- Alimentación y nutrición con enfoque intercultural
  - Primeros auxilios (algunas parteras incluyen el cómo poner inyecciones)
  - Enfermedades de transmisión sexual
  - Planificación familiar
  - Violencia intrafamiliar
  - Enfoque de derechos (mujeres, SSR, salud ancestral)
- c) Y un tercer grupo de temas que permitirán el acercamiento cultural entre los actores de los dos sistemas, que supone, principalmente por el etnocentrismo dominante, procesos continuos de sensibilización al personal médico y administrativo en los sistemas tradicionales de salud:
- Saberes y prácticas de la partería tradicional
  - Cosmovisión, cuidado y uso de plantas medicinales
  - Investigación conjunta de los saberes ancestrales, en coordinación con los Sistemas de Salud Tradicional y sus actores. (parteras) Se cuidará en todo momento que no exista la apropiación de los recursos genéticos y conocimientos tradicionales, para el uso, explotación y el usufructo monopólico y con fines de lucro de estos recursos y conocimientos.

#### **7.4. Parteras no acreditadas y aprendices:**

Las parteras que no hayan sido acreditadas, ya sea porque no recibieron el aval comunitario y/o el aval ministerial serán consideradas aprendices de partería tradicional y podrán seguir participando en los Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos o para el Dialogo de Saberes”. Después de un tiempo definido por el MSP y las parteras tradicionales acreditadas deberá abrirse un nuevo ciclo de acreditación para que puedan acceder quienes no lo pudieron hacer inicialmente y que cuentan ya con los requisitos para hacerlo en esta ocasión.



Las aprendices de parteras aún no podrán atender partos, pero podrían tener por lo menos dos opciones para obtener la acreditación. En ambos casos, los sistemas tradicionales de salud deberán establecer mecanismos para permitir la obtención del aval comunitario. Además siempre será un requisito para la acreditación el aval ministerial, en los temas que se han establecido como indispensables para el ejercicio de la partería tradicional, desde la perspectiva biomédica.

La primera como propone el Proyecto de “Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional”, elaborada para el Parlamento Latinoamericano, facultaría a las parteras tradicionales acreditadas a recomendar para su acreditación a personas que hayan sido sus aprendices por más de cinco años, suscribiendo un documento de recomendación en el cual avalan los conocimientos de dicha persona, señalando los conocimientos y prácticas específicos en los que se encuentra habilitada para ejercer, así como en aquellos que no puede hacerlo. (Almaguer, 2009: 11).<sup>84</sup> Esto le permitirá a dicha persona acceder a la evaluación en conocimientos y destrezas sobre partería tradicional, organizada y definida por la organización de las parteras acreditadas. Esta evaluación privilegiará un método teórico-práctico. Las evaluaciones serán orales y/o escritas de acuerdo al nivel de escolaridad de las aspirantes. Después de lo cual podrá acceder al aval ministerial, recibiendo finalmente su respectiva acreditación.

La otra se refiere a la posibilidad de que las parteras aprendices puedan continuar su formación en los Centros de Formación Comunitarios de Parteras Tradicionales que se constituyan. Con el apoyo técnico y financiero del Estado (interinstitucional), estos Centros deberán definir programas de estudios, diseñados y dirigidos por parteras acreditadas y con mayor experiencia. Las parteras tradicionales aprendices que prefieran continuar con su formación de la mano de alguna partera tradicional acreditada, no podrán ejercer la partería tradicional hasta que cumplan con los requisitos previstos para su acreditación.

De igual forma, las parteras tradicionales que obtengan el aval comunitario a través de los Centros de Formación Comunitarios de Parteras Tradicionales deberán obtener el aval ministerial en los temas definidos por el MSP considerados indispensables desde la perspectiva biomédica para ejercer la partería tradicional.

## **8. MECANISMOS DE RECONOCIMIENTO (ACREDITACIÓN)**

En torno a la acreditación existen algunos consensos entre los diferentes actores consultados sobre la forma como podría funcionar este proceso, en parte porque ya han existido varias experiencias en este sentido. Aunque cada comunidad dispone de sus propios criterios para otorgar el aval comunitario a las parteras tradicionales, uno de los consensos es que deben ser los mismos criterios a nivel nacional, para no generar desconfianza e inequidad en los procesos de acreditación. La acreditación como hemos mencionado se refiere a todo el proceso por el cual una persona recibe la autorización para ejercer la partería tradicional. En términos generales los pasos o fases para la acreditación serían los siguientes:

---

<sup>84</sup> Almaguer González, José, Ley Marco en materia de medicina tradicional, propuesta elaborada para el Parlamento Latinoamericano, presentada ante la Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano. Elaborada por la Comisión del Parlamento Latinoamericana. Agosto, 2009.

### **a) Identificación o registro de las parteras tradicionales en cada comunidad**

Se debe iniciar identificando las parteras que existen en una comunidad, y que son reconocidas como tal por la población, a través de un proceso de diagnóstico comunitario participativo. Este proceso debe ser coordinado con las organizaciones de base: “La comunidad debería identificar a sus sanadoras a través de un listado (censo), las compañeras parteras saben, en cada una de las comunidades las conocemos, tales personas son yachaks, parteras, curanderos, y garantizar que verdaderamente sean parteras y sean acreditadas por el Ministerio”<sup>85</sup>

### **b) Aval, o legitimación comunitaria**

Luego de la identificación y con un documento de registro de las parteras existentes en la comunidad, el aval o legitimación corresponde a un reconocimiento público que debe realizarse mediante una asamblea comunitaria. En dicha asamblea las personas pueden dar fe de manera pública si conocen o no a las parteras: “Para nosotros la comunidad manda con el aval. Debería ser la comunidad la que empiece acreditando o reconociendo a las parteras tradicionales, porque también se han dado casos en que muchas personas, con la apertura de la interculturalidad, han aparecido curanderos, parteras, y demás, y hay que ser cuidadoso con eso”.<sup>86</sup>

Y si tienen confianza en el trabajo que realizan las parteras tradicionales en sus comunidades:

*“La comunidad tiene que reconocer primero cómo es la partera, si ayuda, si colabora. La comunidad tiene que dar un certificado, definiendo, diciendo que tal partera ha estado trabajando en tal comunidad, está atendiendo. Entonces nos reconocen, con ese papel y con el papel que da el Ministerio, entonces ya somos parteras que ya hemos estado colaborando en las comunidades.”<sup>87</sup>*

*“La comunidad tiene que jugar un papel, una certificación, decir “sí, a tantos a sanado”, o “a tantos ha matado”, ellos dirán “sí, el sabe, sí conoce”, “sí es nuestra mama, nuestro taita, nuestro sabio, nuestro yachak”.<sup>88</sup>*

En las experiencias desarrolladas en algunas provincias, los procesos de legitimación comunitaria han sido orientados por un conjunto de criterios generales que califican las características que debían reunir las parteras tradicionales para el respectivo aval comunitario<sup>89</sup>. Entre los criterios que podrían definir el perfil que debe tener la partera que va a ser acreditada, están básicamente los de tipo ético y de experiencia profesional:

1. Que viva y participe de las actividades de la comunidad.
2. Que conozca el idioma y cultura de la comunidad.

---

<sup>85</sup> Entrevista Norma Mayo - CONAIE

<sup>86</sup> Entrevista Dra. Carmen Cadena - Casa Campesina Cayambe

<sup>87</sup> Grupo focal parteras - Sucumbíos

<sup>88</sup> Entrevista Oswaldo Guamán - CODENPE

<sup>89</sup> Como por ejemplo en las provincias de Imbabura, Sucumbíos o Cotopaxi.

3. Que no atienda solo a la familia
4. Que goce de la confianza de la gente en la comunidad. Las parteras deben ser aceptadas por las familias de la comunidad<sup>90</sup>.
5. Que sean amables, respetuosas y honestas.
6. Que tengan paciencia y responsabilidad en su trabajo.
7. Que tengan como mínimo 10 años de experiencia en el ejercicio de su saber.
8. Que tengan relaciones armónicas y de cooperación con las demás Parteras/os.
9. Que tenga buena predisposición a coordinar acciones con el MSP.

Incluso hay propuestas que dicen que la partera debe saber leer y escribir, porque esto les permitiría ciertas ventajas para coordinar de mejor manera aspectos de referencia y contrarreferencia con el sistema biomédico, así como en el registro de atenciones, en capacitaciones, etc. Sin embargo, un número muy representativo, entre las cuales se cuentan las parteras más experimentadas, no saben leer ni escribir, por lo que este criterio perjudicaría abiertamente a un grupo muy importante de parteras solventes en su trabajo.<sup>91</sup>

El resultado de este proceso de aval o legitimación comunitaria debe ser un documento de certificación comunitaria firmado por la asamblea y las autoridades del cabildo comunitario.

Aquellas parteras tradicionales aspirantes a la acreditación que no recibieron el aval comunitario debido a que su práctica la realizan en otras comunidades, podrían tener la oportunidad de cumplir con esta condición, cumpliendo al menos dos requisitos:

- 1) Declaraciones juramentadas y notariadas firmadas por las mujeres que hayan sido atendidas por esta.
- 2) Deberán aprobar una evaluación en partería tradicional realizada por un tribunal de parteras tradicionales acreditadas y de probada experiencia.

### **c) Legalización de la certificación comunitaria**

Este proceso consiste en legalizar en una notaría pública el documento de certificación comunitaria de la partera, para que, se establezca, en una de las cláusulas, la corresponsabilidad que tiene la comunidad de las acciones y de los hechos que resulten de la atención obstétrica de esa partera, inclusive para la protección de la partera, como obligación del Estado en el marco de las leyes.

*“...y es así que la comunidad se hace corresponsable de todos los actos, procedimientos, que trae el ejercicio de la partería, así como de todos los problemas y decesos que en este libre ejercicio autorizado por una comunidad se den. La legitimidad comunitaria dada a la partera y a su libre ejercicio dentro de esa comunidad, le permite y faculta a la comunidad a estimular o sancionar a su partera,*

---

90 Hay que tomar en cuenta, como lo han manifestado varias parteras de la región austral, que muchas veces las parteras no siempre son apreciadas o sus servicios no son solicitados en sus propias comunidades, pero sí en otras comunidades. “Nadie es profeta en su propia tierra”. De todas formas el aval en asambleas comunitarias permitiría evitar estos inconvenientes, en cuanto la gente generalmente sí reconoce que estas parteras son apreciadas y buscadas por gente de otras comunidades.

91 Hemos dicho más arriba la necesidad de tener programas de alfabetización con enfoque intercultural para muchas parteras que hoy no saben leer ni escribir.

*de igual forma la partera legitimada, le permite y faculta a ejercer la partería en esa comunidad”<sup>92</sup>*

Aunque debemos decir que esta propuesta no cuenta con un completo consenso, pues algunas parteras tradicionales han manifestado que probablemente esta acción sea vista por las organizaciones indígenas y comunitarias como una intromisión del sistema judicial del Estado en el campo definido para la Justicia Indígena. De cualquier forma la “mala práctica médica” de las parteras tradicionales, de llegarse a comprobar, podría ser procesada por la justicia ordinaria, independientemente de las acciones que eventualmente pueda tomar el sistema de justicia indígena.

El aval comunitario podría ser suficiente para definir la corresponsabilidad de la Comunidad y la organización comunitaria, en el caso de que se haya otorgado este a una persona que no haya estado realmente calificada en la atención del parto tradicional.

**d) Aval del MSP (Capacitación y evaluación con enfoque intercultural)**

Luego del aval comunitario y de su posible legalización, las parteras deberán iniciar un proceso de enseñanza – aprendizaje en el marco de la metodología propuesta para los Talleres de “Intercambio de Conocimientos o para el Dialogo de Saberes” en los temas biomédicos que el MSP considere pertinentes. Dichos Talleres deben realizarse bajo la responsabilidad de las Direcciones Provinciales a través de Salud Intercultural, en coordinación con las Áreas de Salud, unidades operativas, Consejos de Salud y otros actores locales. Así mismo, la evaluación de los conocimientos socializados en los Talleres deberá ser oral y práctica, y deberá ser realizada por comités compuestos por personal de salud del MSP sensibilizado en la medicina ancestral<sup>93</sup>.

**e) Otorgamiento del carnet de Acreditación por parte del MSP y otras instancias estatales que representan a los pueblos y nacionalidades del Ecuador.**

Finalmente, debería ser el MSP, como organismo rector del SNS, quien reconozca formalmente, mediante un carnet de identificación, a las parteras que han cumplido exitosamente el proceso de acreditación. No obstante, otras instancias públicas y organizaciones sociales ligados a los pueblos y nacionalidades del Ecuador podrían acompañar los procesos de acreditación de sus agentes comunitarios de salud y firmar el documento respectivo como propone el representante de CODENPE. “Obviamente [la acreditación] debe darlas el MSP, también como CODENPE por ejemplo, y las organizaciones de los pueblos y nacionalidades. [En la acreditación debería ir:] su pueblo- firma, salud/MSP- firma, y CODENPE-firma, con eso ya tiene su representación y eso debe ser válido en hospitales y centros de salud”<sup>94</sup>

**9. MECANISMOS DE RECONOCIMIENTO (REMUNERACION, OTROS INCENTIVOS)**

---

92 Gallo Sandoval, Mario, Manual de procedimientos para la articulación intercultural de la partería comunitaria a una red de servicios de salud pública, COICA, FONAKISE, - Proyecto de Vida con Identidad, Abril 2006. Pág. 14. Entrevista Oswaldo Guamán - CODENPE

93 En algunas experiencias de evaluación a parteras capacitadas se ha exigido como requisito que la partera debe obtener 10/10. Cabe destacar que ningún sistema de evaluación académica en el mundo requiere la obtención de la máxima puntuación para la aprobación.

94 Entrevista Oswaldo Guamán - CODENPE

Otro de los temas que se han identificado como estratégicos para la sostenibilidad de la definición del rol de las parteras en el SNS es la remuneración y otros incentivos que las parteras tradicionales deberían recibir por el trabajo que realizan en sus comunidades y en las unidades operativas.

Existe un amplio consenso entre los diferentes actores consultados sobre la necesidad de que de las parteras tradicionales sean remuneradas o reciban algún tipo de reconocimiento por su trabajo. Especialmente el grupo de parteras consultadas, algunas de ellas representantes de organizaciones de parteras comunitarias de varias provincias del país, demandan al Estado una remuneración, como una manera justa de reconocimiento por su trabajo y de valorar los servicios que prestan en sus comunidades:

“Yo apoyo la moción de la compañera. Yo como presidenta de mi organización yo he estado luchando, porque nosotros somos madres de familia, porque nosotras también tenemos hijos, nosotros también tenemos que hacer en la casa, nuestros maridos y nosotros, como antes estábamos contando, somos de diferentes comunidades, somos de lejos. Nostras necesitamos nuestros pasajes, a veces cuando no hay comida en la casa de salud nuestra no comemos nada y todo el día pasamos así sin comer y regresamos a la casa sin comer. Mi pedido, ya que le gobierno dice que ha reconocido. Entonces nosotras también somos humanos, en este tiempo nadie trabaja sin ganar, sin comer, entonces mi pedido, es que desde hoy en adelante ustedes lleven estos mensajes a las unidades, que nos apoyen en algo, que nos reconozcan, hasta cuándo vamos a trabajar sin ganar, si ver ni un centavo. Ya es hora que tengamos algo, para nuestros hijos, para nuestros maridos. Ellos por ejemplo, están dando pasajes, como a los niños de la escuela. Por ejemplo, en mi caso, yo ando gastando 1 dólar diario para llegar a casa de salud, que estoy trabajando, entonces dese cuenta al mes, cuánto estará gastando mi marido. Es por eso que reclamamos. Igual las mamás que van a sacar turno igual van gastando, son de lejos. Ya es hora que ya nos reconozca algo, siquiera para comer, para dar una cosita a nuestros hijos. Yo les pido de favor que lleven este mensaje, es que ya es hora que nos reconozcan algo. El gobierno dice que ya estamos reconocidos entonces que nos den la mano. Yo en mí pensaba, teniendo plata yo llegara donde el gobierno del presidente mismo, para decirle, porque hasta donde vamos a aguantar así. Yo creo que todas las compañeras parteras están pensando lo mismo. (Partera Napo)

“Yo quiero apoyar la propuesta de la compañera. Como comentábamos anteriormente, las dificultades, los problemas que tenemos, el maltrato psicológico y moral, como parteras que estamos colaborando en las comunidades, con la sociedad, también la constitución nos ampara, que debemos prevalecer nuestra cultura. Estamos prevaleciendo, pero también quisiera que como propuesta, ustedes que están acá que han venido a escuchar nuestras opiniones, inconformidades y quejas, que nos ayuden con la propuesta, sean los portavoces, que llegue al ministerio, que las parteras tradicionales de las comunidades están pidiendo a voz unida de que se nos reconozca, que ya es hora de que se nos reconozca. En cada comunidad tenemos reclamos de parte de los esposos, de parte de la familia, tenemos que mantener. Muchas dificultades tenemos, pero por encima de eso estamos de precautelar la salud de todas las mamacitas. Pero así mismo queremos que nos reconozcan de alguna manera, decían las

compañeras igual los 100 dólares, tenemos que comer los 15 días los 100 dólares. Usted cree que con 15 días, yo tengo que llamar cuando mi esposo no esta ahí, tengo que llamar al médico, tengo que llamar algún familiar cuando no está. Compro la tarjeta hago gasto. Cuando no está el esposo tengo que comprar la pastilla, tengo que comprar un mentol, tengo que comprar anís al niño, hacerle colada. Todo esto hacemos con amor, con carisma, con humanidad. Pero ya es tiempo que el gobierno nos eche una mano, decir, bueno las parteras que están haciendo rotativo, que están permanentes en la comunidad activas seamos reconocidas de alguna manera.” (grupo focal Parteras Sucumbíos)

Entre las razones más importantes que se esgrimieron en este sentido están:

- 1) Las parteras tradicionales prestan servicios de promoción, prevención y atención en salud materna y neonatal, cubriendo una obligación del Estado que no lo puede hacer. Para uno de los dirigentes sociales entrevistado el Estado debería invertir y retribuir el servicio de las parteras a las comunidades, porque están subsidiando una responsabilidad estatal al prestar un servicio público prioritario a sus comunidades

“Nosotros pensamos que ningún trabajador de la salud, sea taita, mama, médico, cirujano, deben ser los encargados de poner una tarifa, sino que debe ser parte de un servicio público y debe ser el Estado o la comunidad la que de una u otra manera debe retribuir el aporte que ellos están haciendo para el restablecimiento de la salud de las personas. Entonces el sistema de salud indígena y el trabajo de las mamás parteras y taitas, al Estado no le cuestan un solo centavo. Y sin embargo Uds. ven los índices de atención materno infantil, o sea es un alto índice de madres que se atienden en el campo y eso al Estado no le cuesta absolutamente nada. Entonces nosotros pensamos que el Estado tiene que empezar a invertir en lo que es el sistema de salud indígena y en la retribución que se haga a taitas y mamás. (ECUARUNARI)

- 2) La atención de parto dada por las parteras tradicionales salvan vidas y satisfacen otras necesidades de salud de la comunidad.

“Hablando la verdad, nosotras somos quienes salvamos la vida a toda las mamacitas. El rol de hogar, el rol de limpiar el mal viento, para todo nos utilizan en la comunidad. Cada partera que estamos acá estamos con carta aval de la comunidad hasta de la organización, nosotras las que estamos acá es porque nos tienen confianza, aprecio, que sigamos llevando la voz a nombre de todas las parteras de cada comunidad que representamos, pedimos que de alguna manera nos ayuden armónicamente a fortalecer la organización de parteras de Orellana, de Loreto, de Sucumbíos. Así nos sentimos parte elogiados como personas de que no estamos botadas, estamos reconocidos por la constitución, también reconocidos por el personal de salud. En representación del Cantón Loreto, yo hago ese pedido a nombre de todas las compañeras.” (Grupo Focal Parteras- Sucumbíos)

- 3) La flexibilidad del modelo de atención tradicional permite a las parteras cubrir las necesidades de las mujeres embarazadas de sus comunidades las 24 horas del día.

“Lleve una voz de nosotras y haya ese apoyo, por ejemplo, las que trabajan ahí [en las unidades operativas] trabajan horas en el día, nosotros en el parto es más seguro en las noches, a veces nos toca ir a la una de la mañana, a las dos, a veces amanece, hasta las doce. Y como uno ya se responsabiliza, debemos estar hasta el último, sin ver el tiempo ni las horas. Del cantón Colta de las parteras quiero que lleven ese mensaje, que nos apoye, no en grandes cosas, en algo, que nos hagan sentir bien, nos tomen en cuenta.” (Grupo Focal Parteras -Chimborazo)

- 4) Prestan un servicio público gratuito y atienden en sus comunidades en difíciles condiciones laborales.
- 5) La pobreza y las necesidades de subsistencia familiar. En ocasiones por cumplir con sus obligaciones laborales pierden horas de trabajo remunerado y por lo tanto ingresos para la economía familiar. Al no recibir una remuneración, en algunos casos los esposos de las parteras no entienden ni apoyan su trabajo e incluso reciben maltrato (“Habla marido”)

“Como las compañeras dicen, nosotros en el campo, día y noche hemos trabajado, cualquier rato de noche a las 12 a la una, a pie en lluvia vamos, pero como dice la compañera los doctores ni siquiera van, nosotros siempre hemos ido y sin pagos, nunca han reconocido, quizás ahora este ministerio mismo que nos reconozca a todas las parteras para estar andando así, como ahora dicen que es gratuita, piensan las pacientes que a nosotros también gratuita es. Y nosotros también tenemos hijos, y de dónde vamos a sobrevivir, mas claro, entonces tantos años hemos venido trabajando porque en las comunidades son gente pobre y no tienen nada, y toca ayudar, pero así mismo el ministerio que reconozca a las parteras. Nosotras como trabajamos en el hospital sin nada, hemos trabajado día y noche, no queremos dejar aunque sea que no nos paguen, no queremos dejar a los doctores botado. A veces arrepintiéndome, capaz de no ir, porque no tengo, por ejemplo de mi comuna, un dólar es el pasaje hasta Otavalo, y ese día no tenía, y a mi hijo le pido, présteme, y el dice: “mami, ni siquiera te reconocen, de gana estas yendo” y yo callada a veces a los vecinos pidiendo me voy. Entonces algunas sin marido somos y en la casa cómo vamos a sobrevivir, entonces que nos reconozca el ministerio. (partera Imbabura)

“En el campo es bien difícil, porque hay algunos padres que no tienen, por eso es que no quieren ir llevando al hospital, nosotros cuando está la compañera mal, tenemos que darle pasaje de nosotros, a lo menos en las comunidades lejanas que no hay carro, toca sacarle aunque sea en carretilla, si tenemos número, llamamos, si no tenemos toca sacar en carretilla si hay carretera, nosotros estamos sufriendo por eso, y eso no nos reconocen y quisiera que algo siquiera reconozcan. Es un sufrimiento, estamos trabajando en Salud y no estamos diciendo de gana, nosotros no dejamos morir a las compañeras en las comunidades, para eso estamos para servir a todas las comunidades, a todo lado estamos dando la mano, Pero el hospital, por ejemplo, los doctores no van a estar de noche andando en las comunidades, en lluvia, si cuando uno va llevando al hospital no reciben en la puerta, peor han de ir a las comunidades. Algunas familias nos brindan un cafecito, un platito de comida de repente, y otros no tienen.” (partera Cayambe)

El personal de salud también comparte el criterio de que las parteras tradicionales deben recibir una remuneración. Sostienen que la remuneración es una manera de motivar el trabajo de las parteras tradicionales.

“Yo pienso que sí se daría que la partera atienda el parto en las unidades operativas, pero con qué le motivas a la partera a estar en un servicio de salud si no tienes recursos, si todavía el SNS no ha creado una partida que diga esto es para pagar a la partera. A la final nosotros decimos acreditamos y todo, y qué le damos?Cuál es la motivación del SNS? Nada.” (PS Sucumbíos).

“El problema es que dicen que van a hacer un reconocimiento por este trabajo que [las parteras] han hecho. Dicen, pero todavía no tenemos una propuesta escrita que diga que si la compañera trabajo por esos días, o en una emergencia, alguna cosa, que van a reconocer. Las compañeras parteras están haciendo turnos en el hospital y luego están recorriendo con el personal de salud visitando en las casas. Es un trabajo que tiene ser reconocido...”. (PS Imbabura).

Algunas parteras y personal de salud señalan que la remuneración ayudaría también a cubrir los gastos que realizan en su trabajo.

“Yo digo que por lo menos lo reconozcan a uno para comprar el material, porque allá en el centro de salud a nosotros no nos dan nada, nosotros tenemos que comprar nuestros guantes, comprar nuestra gasa, nuestros líquidos para lavarnos, tenemos que comprar todo. Entonces por lo menos ganando cualquier cosita uno compra eso” (partera Esmeraldas).

El personal médico añade que ni siquiera ahora existen mecanismos para cubrir los gastos mínimos que requiere el trabajo de coordinación con las parteras tradicionales.

“Dentro del sistema financiero del MSP, Ud. no puede darle ni un agua a la partera. Hay viáticos, hay alimentación, pero es para el funcionario público. Nosotros no podemos organizar un taller de capacitación con agentes comunitarios porque no tenemos como financiar. Lo que hacemos para capacitar es [recorrir a organizaciones como la Fonakise] que tienen la facilidad para pagar el costo del taller. Las ONGs financian, pero el Estado mismo no” (PS Sucumbíos).

“Antes se entregaba gasas esterilizadas, instrumentos, pero actualmente como el MSP ha dejado de lado, más están apoyando las ONGs. Como MSP sería bueno apoyar con esos instrumentos para las zonas distantes o parteras, porque como le digo a veces vienen a llamar en ese proceso ya de expulsión, la partera tiene que salvar y para eso necesita una tijera por lo menos, y ellas no lo tienen. Toca ver ese apoyo también desde las unidades operativas o desde el hospital”. (PS Imbabura).

Con relación a la forma de la remuneración existe un variado conjunto de ideas, sin embargo el de mayor consenso es el de un pago mensual por su trabajo igual para todas las parteras. Esto tanto en la comunidad como en las unidades operativas.



Con relación a la remuneración del trabajo en sus comunidades las personas consultadas reconocen la dificultad de hacer un pago por prestaciones atendidas. Primero, porque muchas parteras tradicionales no saben leer ni escribir lo que haría difícil el registro de cada prestación que brindan. Como solución a esto se ha propuesto crear un mecanismo simple de registro, con simbología gráfica (“hojas de registro solo con palitos), como ya se ha experimentado en los cupones de referencia y contrarreferencia. Y segundo porque es difícil definir un costo justo para cada una de estas prestaciones, pues algunas parteras tienen mayores gastos que otras por razones de movilización especialmente.

Otras formas de remuneración que se han sugerido es el pago en especies (animales menores), la entrega de tierras, o un bono.

En el caso del trabajo en las unidades operativas el asunto es menos complejo, pues existen varias experiencias, por ejemplo, Loreto, en las que las parteras tradicionales trabajan en turnos rotativos y reciben un pago mensual por su trabajo.

### **9.1. Lineamientos generales para el reconocimiento y/o remuneración de parteras tradicionales**

El reconocimiento y/o remuneración a las parteras tradicionales es prioritario por varias razones:

- Garantizar la sostenibilidad de la propuesta sobre la definición del rol de la partera en el SNS.
- Garantizar la gratuidad de la salud materna y neonatal dentro del marco del Estado plurinacional.
- Reconocimiento y valoración efectiva al trabajo que realizan en sus comunidades y en las unidades operativas.
- Reconocimiento del aporte que están realizando a la protección y fomento de los derechos, considerados fundamentales, de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos.
- Colaboran y apoyan, en la mayoría de casos de forma gratuita, a la red de servicios público estatales. Cubren las necesidades de atención primaria de un porcentaje representativo de mujeres y niños/as que el Estado no puede atender.
- Reparación por la discriminación y exclusión que han sufrido históricamente.
- Garantizar el derecho al trabajo que todos/as los ecuatorianos tenemos, y ayudar a asegurar una vida digna de sus familias.
- Contribuir a superar las inequidades de género existente en las comunidades y a la autonomía e independencia de las mujeres.

### **9.2. Lineamientos generales para su aplicación**

De los diálogos mantenidos en los grupos focales y entrevistas sabemos que las dificultades para lograr un trabajo de mayor colaboración y compromiso por parte de las parteras tradicionales es la ausencia de una política clara que retribuya el trabajo y el esfuerzo que ellas realizan.

“hay otras compañeras que no quieren recibir [capacitaciones], porque ellas dicen que no quieren pasar tiempo, en lugar de trabajar en lugar de estar haciendo, algunas compañeras necesitan, y dicen: ‘andando de gana pasando tiempo, si ni siquiera están ganando’” (Grupo focal Esmeraldas)

El reconocimiento y/o remuneración de las parteras tradicionales debe ser considerado como uno de los ejes fundamentales para consolidar la alianza estratégica estatal – comunitaria de carácter plurinacional e intercultural para garantizar los derechos SSR de las mujeres embarazadas y el cuidado y la atención a los recién nacidos. En este sentido los servicios y prestaciones ancestrales e interculturales ofrecidos por las parteras tradicionales acreditadas deberían articularse a los ofrecidos por el MSP (Servicios y prestaciones públicos estatales-comunitarios). Y deberían seguir los siguientes criterios generales:

- Solo las parteras tradicionales acreditadas tendrán el derecho a un reconocimiento y/o remuneración.
- El reconocimiento y/o remuneración requerirá de un esfuerzo interinstitucional del Estado. (Gobierno central y gobiernos locales principalmente) con el apoyo de las organizaciones comunitarias.
- El reconocimiento y/o remuneración deben ser aplicados en el marco de los procesos de institucionalización progresiva de los sistemas tradicionales de salud y de los vínculos interculturales con el sistema biomédico estatal.
- El tipo de reconocimiento y/o remuneración deben ser producto de negociaciones y consensos locales, de acuerdo a las expectativas de los actores involucrados y respetando las características socio culturales de las comunidades.

Entre algunos actores consultados, existe el temor de que la remuneración a las parteras tradicionales podría cambiar las dinámicas y valores comunitarios como el de la reciprocidad. También existe el temor de que las mujeres embarazadas en las comunidades pierdan confianza en sus parteras. Estos criterios sin embargo deben ser analizados con detenimiento.

Es claro y nadie discute en la actualidad que el trabajo es un derecho de todos/as los ciudadanos del país y que la remuneración es un medio fundamental para satisfacer múltiples necesidades y derechos básicos tanto materiales (alimentación) como sociales y culturales (educación de los hijos e hijas por ejemplo). En el caso de las comunidades que voluntariamente conservan formas de auto subsistencia para satisfacer sus necesidades fundamentales, se propone que se instrumenten otros tipos de reconocimiento no monetario. De ahí que sea indispensable mantener el criterio de que la definición de este tema sea el producto de un acuerdo con los actores involucrados y sus organizaciones comunitarias.

“[En determinados lugares, comunidades] para qué vamos a meter otros términos como el dinero? qué a todos vamos a dar dinero? pero pueden ser otros mecanismo de retribución, de reconocimiento con títulos de tierra, o de protección de esas tierras, que no se va a afectar con ningún tipo de explotación ciertos espacios para proteger la biodiversidad y los conocimientos de los taitas y mamas. Entonces cómo el Estado participa también en la multiplicación de taitas y sabios, y cómo al mismo

tiempo el Estado reconoce a ese taita y esa mama, para que pueda haber nuevos taitas y nuevas mamas porque ellos se encargan de la formación de los otros” (ECUARUNARI)

Además se conoce por las conversaciones mantenidas con las parteras tradicionales y el personal médico que las prácticas de reciprocidad, como el Randi Randi, están vinculadas con arraigadas creencias comunitarias y sobre todo que son una forma simbólica de retribuir y agradecer la mística y entrega que realizan las parteras tradicionales en su trabajo. No obstante, como afirma uno de los actores entrevistados, tanto el reconocimiento como la remuneración, lejos de romper los lazos de solidaridad y reciprocidad, seguramente fortalecería estos valores de la partería tradicional.

“Yo creo que el tema del randi-randi [reciprocidad] continuaría ganen un sueldo del Estado o no ganen. Yo creo que ese ya es un principio de la formación [como partera] En caso mío por ejemplo yo gano aquí como Director, no puedo decir que un sueldazo, pero supera el sueldo de profesor [su profesión]. Eso implica ganar un poco más pero significa también involucrar mucho más a la organización, a su pueblo, su comunidad y significa trabajar un poco más, todo depende cómo personalmente esté formado.... Todos necesitamos vivir, porque yachaks, shamanes, deben tener sus hijos que tienen que mantener, debe formar también a futuro, entonces de qué viven los compas? A veces por eso mismo muchos han explotado al prójimo, entonces ahí mejor se normaría, ya no tendrían que cobrar, si hay alguna reciprocidad ok, hay varias reciprocidades, van a la minga a sembrar chacras, a construir una casa, hay varias reciprocidades que se puede dar no solo en materia económica. Pero cuál es la reciprocidad del Estado frente a ese conocimiento? Sí tiene derecho y obligación el Estado de reconocer, tiene que ser igual que a los enfermeros y a los doctores” (CODENPE).

- Los criterios para determinar el valor del reconocimiento y/o remuneración deben ser el resultado de estudios técnicos socio-económicos en los que participe la comunidad y/o las parteras tradicionales. Y se lo debe hacer teniendo en cuenta criterios de justicia y valorando adecuadamente los niveles de responsabilidad y la complejidad del trabajo que realizan las parteras tradicionales.
- El reconocimiento y/o la remuneración deberían incluir los costos para insumos y materiales que las parteras ocupan para el desempeño de su trabajo, independientemente del pago de sus servicios.
- Se deben hacer en el menor tiempo posible las reformas legales y reglamentarias necesarias para instrumentar de forma efectiva el reconocimiento y/o remuneración a las parteras tradicionales acreditadas.
- Las modalidades de reconocimiento y/o remuneración deben ser planteadas y aplicadas de acuerdo al ámbito de acción de las parteras tradicionales, es decir, si se trata de la comunidad o de las unidades operativas. A continuación presentamos algunas propuestas.

### **9.2.1. En la comunidad**

Podemos distinguir al menos dos tipos de prestaciones en salud y otros temas que ofrecen y que podrían ofrecer las parteras tradicionales en sus comunidades:

### **1) Prestaciones que deberían organizarse de manera colectiva entre las parteras de la comunidad o varias comunidades:**

- Identificación de mujeres embarazadas en la comunidad;
- Registro de las atenciones que hacen las parteras tradicionales para alimentar un sistema comunitario de vigilancia epidemiológica;
- Promoción y prevención (consejería) en SSR, en salud materna y neonatal (planificación familiar), nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc.,
- Coordinación del plan de acción para emergencias obstétricas
- Investigación y rescate de saberes y prácticas ancestrales.
- Formación a jóvenes de sus comunidades en partería tradicional
- Facilitadores de los Talleres de Intercambio de conocimientos
- Atención en SSR en las casas de salud comunitarias<sup>95</sup>

El reconocimiento y/o remuneración para este tipo de prestaciones deberá aplicarse en la medida que se vaya organizando, de la mano de las organizaciones comunitarias y de parteras y en coordinación en los temas pertinentes con el personal médico, cada uno de estos temas dentro de una modalidad colectiva de trabajo. Esto requiere definir claramente responsabilidades, horas de trabajo, etc.<sup>96</sup> Si se acuerda localmente una remuneración mensual por este trabajo se irá ajustando en la medida que estas modalidades de trabajo se vayan perfeccionando y la carga de trabajo vaya aumentando.

### **2) Prestaciones que ofrecen las parteras tradicionales de manera individual:**

- Atención del embarazo, parto, posparto, y del recién nacido acorde a las costumbres ancestrales
- Atención de otros problemas de salud espanto, mal aire, limpias, etc.) Identificación oportuna de embarazadas con señales de peligro en el embarazo y en el parto para su referencia a unidades operativas.

Por las dificultades que representa en este caso la opción de un pago mensual igual para todas las parteras tradicionales, ya que según el criterio de ellas mismas unas parteras atienden este tipo de prestaciones más que otras, una opción viable sería que se pague o reconozca una tarifa para cada una de estas prestaciones. Para lo cual la partera deberá llevar un registro pormenorizado de las prestaciones que realiza, con los datos generales de las pacientes que atiende. Esta información deberá ser verificada con el apoyo de los Equipos de Atención Primaria y las organizaciones comunitarias.

#### **9.2.2. En las Unidades Operativas**

El trabajo en las Unidades Operativas debería sujetarse a los criterios generales de remuneración al personal médico de estas instancias (rol de pagos de cada institución).

---

<sup>95</sup> La modalidad de trabajo en este caso podría definirse de manera similar al propuesto para el trabajo de las parteras tradicionales acreditadas en las unidades operativas.

<sup>96</sup> Esto se deberá hacer dentro del marco de políticas y principios de fortalecimiento y fomento propuestos anteriormente para el desarrollo de los sistemas tradicionales de salud y los vínculos interculturales con el sistema biomédico estatal.

Varias experiencias desarrolladas en el país (caso Loreto o Napo) muestran que la modalidad de turnos rotativos es exitosa y permite incorporar a un número importante de parteras. La remuneración se deberá hacer de acuerdo a criterios técnicos socio- económicos y al nivel de responsabilidad en el trabajo que realizan estas.

“Por ejemplo en Otavalo hay un problema. Si son las mamás las que están atendiendo, ya si hay algunos médicos que han desarrollado confianza con las mamás, los médicos ya no hacen turnos, se van a dormir y le dejan a la mamá, y la mamá ¿recibe alguna remuneración?, no recibe, es decir si hay espacios de vinculación, nosotros pensamos que tiene que haber un trato más equitativo, es decir no el trato que se da a una auxiliar, y no por despreciar los trabajos que hace la señora auxiliar o el señor auxiliar, sino por el tipo de atención que está haciendo la mamá en esa unidad y en un servicio público donde el Estado tiene que responder. El problema es que el Estado en este proceso de reconocimiento, máximo es un reconocimiento de membresía de saber que sí es mamá partera y que está inscrita en el ministerio, pero de las mamás que ya están prestando un servicio en esa unidad de salud, no quiere saber nada porque ya le va a significar algún egreso, entonces si va a costar algún egreso, ¿cuánto estaría pensando dar?, ¿estaría pensando dar una bonificación?, ¿estaría pensando darle el sueldo de una auxiliar?, ¿de una enfermera?, ¿de una obstetriz?, ¿del médico? Entonces nosotros no queremos discriminar la diferenciación y el estatus que han hecho en el sistema de salud oficial; médico, enfermera, auxiliar y hasta el personal de servicio, pero la compañera debe ser tratada como si fuera un médico, y en esos niveles tiene que ser su reconocimiento” (ECUARUNARI)

## 10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para la definición del rol de las parteras tradicionales en el SNS debemos partir de algunas premisas básicas:

- El Estado ecuatoriano es plurinacional e intercultural y reconoce y garantiza los derechos colectivos, entre los cuales se encuentran el derecho a preservar y desarrollar los sistemas tradicionales de salud.
- Los sistemas tradicionales de salud están plenamente vigentes en el país y cumplen un rol estratégico en la atención materno y neonatal.
- La definición del rol de las parteras apunta hacia la progresiva institucionalización<sup>97</sup> de los sistemas tradicionales de salud, y la redefinición de los marcos institucionales de los servicios estatales de salud.
- El aseguramiento de los derechos fundamentales de la madre y el recién nacido requieren de un trabajo cooperativo y complementario entre los diferentes sistemas de salud.

La definición del rol de las parteras en el SNS por lo tanto debe ser considerada una oportunidad para caminar hacia la construcción de un Estado plurinacional e intercultural y para garantizar la atención primaria de mujeres y niños en el país.

La sostenibilidad política de una propuesta de estas dimensiones requiere de un amplio acuerdo entre los principales actores e instituciones que están involucrados en la salud materna y neonatal. Una modalidad para lograr este acuerdo puede ser que se lo haga en el marco de una Alianza Estratégica entre los pueblos y nacionalidades del Ecuador (incluidos los pueblos afroecuatorianos y montubios) y el Estado ecuatoriano.

En función del estudio que hemos realizado dentro de la presente consultoría se han identificado dos líneas estratégicas de acción: 1) el desarrollo y fomento de los sistemas tradicionales de salud (políticas plurinacionales), y 2) El fortalecimiento de los vínculos interculturales entre los sistemas tradicionales de salud y el sistema biomédico estatal (políticas interculturales). Estas dos líneas estratégicas corresponden a los ámbitos donde han actuado las parteras tradicionales, en el primer caso, ancestralmente y en el segundo desde hace algunos años atrás. En este sentido hemos organizado la definición del rol de las parteras tradicionales en el SNS en el ámbito comunitario y en el ámbito institucional.

En el ámbito comunitario es necesario establecer políticas claras para el fortalecimiento de la partería tradicional. La creación de centros de investigación comunitaria para el rescate y desarrollo de los saberes y prácticas ancestrales; la creación de centros de formación de partería tradicional; la promoción y apoyo de organizaciones comunitarias de parteras tradicionales, entre otras acciones (huertos con plantas medicinales, etc).

El fortalecimiento de los vínculos interculturales en el ámbito comunitario tiene dos objetivos principales.

---

<sup>97</sup> Por institucionalización entendemos aquí la generación de condiciones para el reconocimiento y funcionamiento de los sistemas tradicionales de salud en igualdad de condiciones, incluyendo marcos legales para su operación dentro del sistema de salud, apoyo para su difusión, mantenimiento y desarrollo, acreditación y reconocimiento de sus agentes, etc.

El primero es fomentar modelos interculturales de atención primaria de salud, que incluye la promoción, prevención y atención de la salud materna y neonatal en el marco del diálogo de saberes. Con relación a la atención de las mujeres embarazadas este vínculo debe ser planteado en términos de complementariedad a la labor que realizan las parteras tradicionales según sus saberes y prácticas ancestrales. Mientras que la promoción y prevención de la salud y los derechos de mujeres y niños deben articularse a planes que combinen los saberes y prácticas ancestrales con los provenientes de la cultura occidental.

El segundo objetivo, más acotado, pero estratégico para reducir la muerte materna y neonatal, debe priorizar el intercambio de saberes y prácticas alrededor de tres temas fundamentales: el parto con adecuadas medidas de bioseguridad, la identificación de señales de peligro en el embarazo, parto y posparto, y la oportuna referencia a las unidades operativas del MSP en casos de emergencias obstétricas. Sin embargo, el éxito para lograr la reducción de la muerte materna y neonatal está ligado a otras acciones que deberá desarrollar el MSP de forma complementaria, en las que se promueva una participación protagónica de las parteras tradicionales y una eficiente coordinación entre la comunidad y el personal médico de las unidades operativas y los Equipo de Atención Primaria : planes de evacuación de emergencias obstétricas; sistemas de comunicación y transporte y cuidados obstétricos esenciales accesibles.

El fortalecimiento de los vínculos interculturales en las unidades operativas permitirá la consolidación de modelos de salud plenamente interculturales. El diálogo de saberes y prácticas en condiciones de equidad entre las parteras tradicionales y personal médico en las unidades operativas permitirá al mismo tiempo que brindar un servicio culturalmente pertinente, también, en el mediano y largo plazo tener un sistema de salud público estatal más holístico, humano e integral que esté al servicio de toda la ciudadanía.

La sostenibilidad de la propuesta requiere de algunas condiciones básicas:

- Todas las parteras/os deben involucrarse en la institucionalización de la partería tradicional.
- La consecución de acuerdos con la participación de todos los actores involucrados en el tema permitirá la sostenibilidad a largo plazo.
- Un esfuerzo interinstitucional del Estado (gobierno central y gobiernos locales) conjuntamente con las organizaciones de los pueblos y nacionalidades del Ecuador.

La definición del rol de las parteras en el SNS se lo debería hacer en el marco de una Alianza Estratégica Estatal-Comunitaria de carácter plurinacional e intercultural para garantizar los derechos SSR de las mujeres embarazadas y el cuidado y la atención de los recién nacidos.

La institucionalización del rol de las parteras en el SNS debe seguir un plan estratégico de consolidación progresiva, a través de un conjunto de políticas complementarias, para promover y fortalecer los sistemas tradicionales de salud y los vínculos interculturales de estos con el sistema biomédico estatal.

Se debe garantizar la participación activa de las parteras tradicionales y sus sistemas tradicionales de salud en todas las acciones y políticas orientadas a consolidar la institucionalización de estas en el SNS.

Los procesos de consolidación del rol de las parteras tradicionales en el SNS deben realizarse en el marco del respeto y el dialogo entre los diferentes sistemas de salud de acuerdo a la metodología propuesta en los Talleres-Encuentros para el “Intercambio de Conocimientos y Experiencias o Dialogo de Saberes”.

Se debe iniciar un amplio proceso de acreditación en el que se incluyan a todas las parteras tradicionales del país. Además se debe promover la regularización progresiva de las parteras tradicionales aprendices de acuerdo a los lineamientos generales definidos en la propuesta.

Se debe iniciar las reformas legales y normativas correspondientes para viabilizar la remuneración y/o reconocimiento de las parteras tradicionales tanto en el ámbito comunitario como institucional. La remuneración de las parteras tradicionales en el ámbito comunitario se lo debe hacer progresivamente en la medida que los sistemas tradicionales de salud se vayan organizando e institucionalizando.

Finalmente se recomienda realizar estudios específicos sobre al menos tres temas que consideramos deberán ser profundizados para definir políticas públicas específicas:

- La prácticas de la partería tradicional en las comunidades donde la atención del embarazo, parto, posparto y de los recién nacidos la realizan los familiares cercanos de las mujeres embarazadas (esposos) o incluso las propias parturientas.
- La práctica de la partería en los centros urbanos, para conocer sus dinámicas y las posibles medidas que se deberían adoptar para su regulación y su posible articulación a los servicios médicos del MSP.
- La práctica de la partería tradicional en los pueblos montubios del Ecuador. Aunque se puede inferir que mantienen rasgos comunes con las parteras tradicionales de los pueblos y nacionalidades del Ecuador, así como con las de los pueblos.



## **11. GLOSARIO**

### ***CULTURA***

La cultura vista desde una perspectiva antropológica, se refiere a “todo lo que crea el hombre al interactuar con su medio físico y social y que es adoptado por toda la sociedad como producto histórico (...) Desde este punto de vista, no hay grupo humano que carezca de cultura ni hay culturas superiores frente a otras inferiores. Simplemente hay culturas diferentes.”<sup>98</sup>

### ***ETNIA***

“Una etnia (del griego *ἔθνος* *ethnos*, "pueblo" o "nación") es una población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos, normalmente con base en una real o presunta genealogía y ascendencia común, o en otros lazos históricos. Las etnias están también normalmente unidas por unas prácticas culturales, de comportamiento, lingüística, o religiosas comunes.

Dichas comunidades comúnmente reclaman para sí una estructura social, política y un territorio. Aunque generalmente, el término "etnia" se usa a veces erróneamente como un eufemismo para raza, o como un sinónimo para grupo minoritario. La diferencia entre estos términos radica en que mientras el término etnia comprende los factores culturales (nacionalidad, afiliación tribal, religiosa, fe, lengua, o tradiciones) y biológicos de un grupo humano, la raza específicamente alude a los factores morfológicos distintivos de esos grupos humanos (color de piel, contextura corporal, estatura, rasgos faciales, etc.) desarrollados en su proceso de adaptación a determinado espacio geográfico y ecosistema (clima, altitud, flora, fauna, etc.) a lo largo de varias generaciones. Así, la palabra "raza" es solo un concepto que ha sido asociado al de etnia”<sup>99</sup>.

### ***ETNOCENTRISMO***

Es la tendencia a ver las cosas desde el punto de vista de nuestros propios patrones culturales, “En todo el mundo las personas son etnocéntricas. Valoran lo que han sido educados a valorar, y ven el significado de la vida en sus propios fines definidos culturalmente. Pero el etnocentrismo es más que solamente los prejuicios en la percepción y el conocimiento; es también la práctica de juzgar a las otras culturas con las normas de la propia. La mayoría de los pueblos en el mundo suelen considerar a las gentes de otras culturas como inferiores.

Aunque todos los pueblos son etnocéntricos, el etnocentrismo de las sociedades occidentales ha tenido mayores consecuencias que la de las sociedades pequeñas menos avanzadas tecnológicamente y geográficamente más aisladas. Las circunstancias históricas que condujeron a la difusión de la civilización occidental nos han dado una fuerte creencia en su rectitud y superioridad”<sup>100</sup>.

---

<sup>98</sup> Benítez, Lilyan y Alicia Garcés, *Culturas Ecuatorianas*. Ayer y Hoy, Quito, Abya-Yala, 1994, Pág. 8

<sup>99</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/Etnia>

<sup>100</sup> Serena Nanda, *Antropología Cultural*. Adaptaciones Socioculturales, Quito, Ecuador, 1994.

## **MULTICULTURALIDAD**

Realidad que expresa el hecho de que una región, un país o una ciudad posea un alto grado de diversidad cultural, es decir que contenga poblaciones, comunidades o grupos étnicos con culturas, costumbres, tradiciones, lenguas, creencias religiosas, cosmovisiones, gastronomías, etc., muy diferentes entre sí.

## **MULTICULTURALISMO:**

El multiculturalismo es un opción teórica que defiende el respeto y la tolerancia de las diversas culturas, pero se opone a que puedan interactuar por temor a su desaparición. La pretensión del multiculturalismo es mantener viva y lo más incontaminada posible cada una de las diversas culturas, que merecen amparo frente a la amenaza de otras culturas más potentes o multitudinarias.

Según el multiculturalismo “nadie podrá, por consiguiente, pretender convencer a integrantes de otras culturas de que modifiquen sus formas de pensar o sus modos de actuar; nadie habrá de osar persuadir a un seguidor de otra religión o de otras costumbres culturales para que las cambie por creencias o hábitos propios de otra religión o cultura; todo aquel que nazca con una determinada herencia cultural o que aprenda cierta lengua materna deberá hacer todo lo posible por perpetuarla, y si acaso él optase por renunciar a ellas no podrá ser contemplado sino como una suerte de “traidor” a la causa común del sostenimiento de cada pequeña diferencia cultural<sup>101</sup>.

## **INTERCULTURALIDAD:**

El concepto de interculturalidad se refiere al dialogo horizontal (en un marco de respeto mutuo e igualdad) entre sistemas culturales diferentes, para promover el conocimiento mutuo de las distintas culturas, aceptando, respetando y valorando sus diferencias como algo positivo y enriquecedor del entorno social. Este dialogo posibilita el mutuo enriquecimiento y la creación de nuevas formas de interrelación y actuación que redunde en beneficios para todos los grupos sociales.

*“(La interculturalidad también es un) proceso político que busca construir sociedades y Estados respetuosos de las diversidades y de los derechos de las diferentes culturas para que puedan contribuir de forma propositiva a la construcción de países realmente democráticos, a través de nuevas relaciones de poder entre culturas y pueblos.” (Rojas y Araúz, 2008: 17)*

## **PLURINACIONALIDAD:**

La nueva constitución Política del Ecuador define al Estado ecuatoriano como constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. La plurinacionalidad reconoce el derecho de autodeterminación de las comunidades, pueblos, y nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo

---

<sup>101</sup> Quintana Paz, Miguel A., “Qué es el multiculturalismo (y qué no es)”, Manual formativo ACTA, n. 51 (2009), p. 19-34.

montubio y las comunas dentro del Estado ecuatoriano y establece los derechos colectivos que los ampara.

Los derechos colectivos definen el contenido y los alcances de la plurinacionalidad. Se reconoce y garantiza, entre otros, el derecho a mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización en sus territorios legalmente reconocidos y tierras comunitarias de posesión ancestral. Con respecto a los sistemas tradicionales de salud se reconoce y garantiza el derecho a mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agro biodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almaguer González, José. Ley Marco en materia de medicina tradicional. Propuesta elaborada por la Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano. Agosto, 2009.
- Armendáriz, Rubén, “Modelos Interculturales en Salud”, Memorias del Primer Congreso de Salud Intercultural de Ecuador, MSP, Coca, junio del 2008.
- Benítez, Lilyan y Alicia Garcés, Culturas Ecuatorianas. Ayer y Hoy, Quito, Abya-Yala, 1994.
- Bergstrom, Staffan & Goodburn, Elizabeth. “The role of traditional birth attendants in the reduction of maternal mortality”. En: Vincent De Brouwere and Wim Van Lerberghe (eds.) *Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence*. Studies in Health Services Organisation and Policy, 17, 2001.
- Bradby, Barbara and Jo Murphy-Lawless. *Reducing maternal mortality and morbidity in Bolivia: Appropriate birth practices in the formal and informal sectors of perinatal care*. La Paz: ILCA, 2002. (Serie: Informes de Investigación II N° 3).
- Buitrón Myriam, et, al, “La Sabiduría y arte de las parteras. Wachachik mamakunapak sumak yachaycuna”, Venecia, Circolo culturale Menocchio, 2002, Pág. 33.
- Crespo, Antonio, “Historia de la medicina ancestral ecuatoriana”, ponencia del Primer Congreso nacional de medicina ancestral y medicinas alternativas en el marco del modelo salud familiar e intercultural, Loja, 14 de octubre 2008.
- Espinosa, Víctor M. y Azcárate, Sergio. Obstetricia. Vigilancia Prenatal, Programa de actualización continua para el Ginecoobstetra (PAC-GO), Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, 1998.
- Foster, George M., “On the Origin of Humoral Medicine in Latin America”, *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol.1, N° 4 (Dec., 1987).
- García Martínez AC. García Martínez MJ. Valle Racero JI. La imagen de la matrona en la Baja Edad Media. *Hiades, Revista de Historia de la Enfermería*, n° 3-4, 1996/97:61-82.
- Gallo Sandoval, Mario, Manual de procedimientos para la articulación intercultural de la partería comunitaria a una red de servicios de salud pública, COICA, FONAKISE, - Proyecto de Vida con Identidad, Abril 2006.
- González Guzmán, Daniel, 2007, Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP). Publicado por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, “Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP, Quito, Ecuador
- Kruske, Sue, and Barclay, Lesley. *Effect of Shifting Policies on Traditional Birth Attendant Training*. *Journal of Midwifery and Women’s Health*. Volume 49, No. 4, July/August 2004.

- Medina Ibáñez, Armando, Guía para la Adecuación cultural de los servicios de salud. MSP – BID. Cooperación técnica de apoyo a la preparación del Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PRO-AUS) (EC-T1052).
- Mangay-Manglacas, “Traditional Birth Attendants” En: Wallace, Helen, and Giri, Kanti. *Health Care of Women and Children in Developing Countries*. California. 1990
- MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, 2008, Quito.
- MSP- Dirección Nacional de Normatización del SNS, Subproceso de Medicina Intercultural (DNSI). Mapa Estratégico 2009-2013, 2da. Edición, Quito, 2008.
- Nanda, Serena. Antropología Cultural. Adaptaciones Socioculturales, Quito, Ecuador, 1994.
- Organización Mundial de la Salud. Parteras Tradicionales. Declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Ginebra. 1993.
- OPS/OMS. Armonización de los sistemas de salud indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, Washington D.C., 2003.
- Ordoñez J, Stupp P, Monteith D, et al. ENDEMAIN 2004 (Encuesta demográfica y de salud materna e infantil): Informe Final. Quito: CEPAR, 2005
- Pilatuña Lincango, Jaime. “Sumak Kawsay (SALUD)”, en: Módulo: Sensibilización en Salud y Medicina Intercultural. Centro del Saber: Yachay Munay- Cosmovisiones, Universidad Intercultural “AMAWTAY WASI”, MSP-Salud Intercultural, 2009.
- Quintana Paz, Miguel A., “Qué es el multiculturalismo (y qué no es)”, Manual formativo ACTA, n. 51 (2009), p. 19-34.
- Rodríguez, Lilia, Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba - Argentina, de 24 a 26 de Septiembre de 2008.
- Serrano, Inmaculada, La formación de matrona a lo largo de la historia. Adaptación del texto elaborado para la exposición Matronas y Mujeres en la Historia. Pamplona, 28 de mayo – 2 de junio, 2002.
- Sibley, Lynn M., and Sipe, Theresa Ann. *Transition to Skilled Birth Attendance: Is There a Future Role for Trained Traditional Birth Attendants?* Journal of Health, Population and Nutrition, Vol. 24, No. 4, Dec, 2006, pp. 472 – 478.

- Towler J. Bramall J. Comadronas en la historia y en la sociedad. Masson. Barcelona, 1997: 273-283.
- Wim Van Lerberghe and Vincent De Brouwere. "Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality". En: Vincent De Brouwere and Wim Van Lerberghe (eds.) *Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence*. Studies in Health Services Organisation and Policy, 17, 2001.
- World Health Organization. Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneva. 2002.

## ANEXOS

### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A NIVEL INTERNACIONAL DE ACCIONES DE ARTICULACIÓN DEL TRABAJO DE LAS PARTERAS COMUNITARIAS

Durante la década de 1970, la capacitación de parteras tradicionales figuró como una de las estrategias patrocinadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la reducción de la muerte materna. En 1978, la OMS emitió la Declaración de Alma Ata (ex-URSS), en la que se adoptaba la atención primaria de la salud como la clave para cubrir las necesidades de salud de la mayor parte de la población. En la misma declaración se estableció el aporte de los agentes tradicionales de atención del parto para la salud comunitaria y el potencial de capacitar a las parteras tradicionales (Mangay-Manglacas, 1990:239). De este modo, las parteras contribuían a subsanar la gran necesidad de proveer asistencia a millones de mujeres e infantes, que superaba con creces la capacidad de prestación de servicios por parte del sistema formal de salud, particularmente en áreas rurales de países en desarrollo. Subsecuentemente, la gran mayoría de países donde existían parteras tradicionales comenzaron a diseñar e implementar programas para capacitar y supervisar a las parteras, muchas veces utilizando y modificando el Kit de Capacitación diseñado para tales efectos por la OMS (Ibid:235).

Los programas de capacitación a parteras tradicionales, a cargo de gobiernos y agencias de cooperación en países en desarrollo, han estado organizados alrededor de dos aspectos característicos del sistema biomédico de atención: a) la idea de contrarrestar el riesgo obstétrico, junto con la importancia de las referencias tempranas en caso de complicaciones, y b) la organización del sistema de salud en tres niveles de atención (Ibid:279). En función de estos aspectos, la capacitación ha estado dedicada a:

- “Promover la prácticas seguras entre las parteras, como la higiene, especialmente el lavado de manos y procedimientos de corte del cordón umbilical;
- La no interferencia durante la labor de parto;
- El cuidado de las madres antes, durante y después del parto;
- Identificación y referencia de las madres en riesgo;
- Eliminación de prácticas tradicionales dañinas y apoyo a aquellas que contribuyen al apoyo psico-social (Mangay-Manglacas:235)

Con el paso del tiempo, el rol de las parteras tradicionales no se ha limitado a funciones relacionadas a la partería, sino que incluye en muchos casos su participación en programas de atención primaria como rehidratación oral, e inmunización (Ibid:239).

En 1985, la OMS organizó una reunión en Fortaleza, Brasil, sobre Tecnología Adecuada para el Parto, que incluyó como recomendaciones la co-existencia y colaboración entre el sistema de atención del parto institucional y los sistemas de atención perinatal informales, incluyendo a los agentes tradicionales de atención del parto, colaboración que podría ser altamente efectiva si dichos sistemas se relacionaban de manera paralela, sin establecer la superioridad de uno sobre el otro (Bradby & Murphy-Lawless: 282)

Esta postura de aceptación y valoración de los sistemas de salud tradicionales por parte de la OMS se fue debilitando con el tiempo y en 1992 dicho organismo, junto con UNICEF y UNFPA, emitieron un documento programático sobre parteras tradicionales, donde se establece que las mismas deberán seguir siendo capacitadas, pero como medida para sortear las brechas que impiden que la población acceda a atención de la salud profesional y moderna:

“Para paliar la [escasez] actual de parteras profesionales y de instituciones capaces de prestar servicios de atención prenatal y de maternidad higiénicos y seguros, además de desempeñar otras funciones de atención primaria, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) están fomentando como solución interina el adiestramiento de las PT en espera de que todas las mujeres y todos los niños tengan acceso a una asistencia sanitaria de nivel profesional, moderna y aceptable” (OMS, 1992:2)

Para entonces habían emergido varias críticas y dudas con respecto a la eficacia de capacitar a las parteras como medida para disminuir la mortalidad materna. Al cabo de más de una década de implementación de esta estrategia:

“Se encontraron pocos efectos que no fueran la prevención del tétanos. La resistencia (o incapacidad) de cambiar por parte de las parteras tradicionales, su falta de credibilidad ante los ojos de los profesionales de la salud, la imposibilidad *de facto* de organizar su supervisión de forma efectiva y eficiente, han contribuido a desacreditar la capacitación dirigida a parteras tradicionales. Más allá de sus méritos, actualmente se considera una estrategia poco efectiva para la reducción de la mortalidad materna” (Van Lerberghe & De Brouwere, 2001: 25)

Al respecto, es necesario notar que metodológicamente es muy difícil establecer o medir el impacto sobre las tasas de mortalidad materna de los programas de capacitación a parteras, particularmente debido a la ausencia de registros fidedignos de eventos vitales en la mayoría de países en desarrollo (Bergstrom & Goodburn, 2001: 82) Adicionalmente, evaluaciones más recientes de capacitaciones a parteras han demostrado importantes logros en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos adquiridos (Sibley & Sipe, 2006). Por otra parte, es claro que existen varios factores de carácter estructural que tienen impacto sobre la mortalidad materna más allá de la capacitación a parteras tradicionales, por lo que la solución a este problema demanda estrategias diversificadas.

En 1997, la OMS y otros actores de la Iniciativa por una Maternidad Segura se manifestaron a favor de la atención del parto por parte de agentes “calificados” en todos los casos, en contraposición a la atención de agentes “capacitados”. A diferencia de estos últimos, los agentes calificados del parto tienen la capacidad de manejar complicaciones obstétricas, además de atender partos normales (Kruske & Barclay:308). De esta manera el rol de las parteras tradicionales se vio más claramente limitado a actuar como “vínculo” con profesionales de la partería, en lugar de proporcionar directamente atención primaria (Sibley & Sipe, 2006)



En la actualidad existe un creciente consenso sobre la necesidad de que la capacitación a parteras vaya acompañada de acceso a Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) de modo que la referencias de parteras capacitadas se encuentren con servicios de salud en capacidad de atender a las pacientes referidas:

“[Los hallazgos] sugieren que la intervención más importante para los agentes de atención del parto domiciliario es un sistema de apoyo fiable en casos de emergencia con suficientes medios de transporte disponibles (Kwast 1992), y apoyo calificado, equipado y disponible de profesionales de la partería y demás personal con habilidades para salvar vidas (Fleming 1994)” (Bergstrom & Goodburn, 2001: 87).

### **El Debate Internacional sobre la Idoneidad de Capacitar a Parteras Tradicionales**

Alrededor de la capacitación a parteras tradicionales e incorporarlas a las redes de atención primaria de salud, hay grupos que están convencidos de la necesidad de confiar únicamente en la creciente profesionalización de los cuidados obstétricos para la reducción de la muerte materna, por lo que argumentan que dedicar esfuerzos a iniciativas como la capacitación a parteras distrae la atención del desarrollo de una partería profesional y el incremento de la atención del parto institucional. En contra de esta postura están quienes no consideran adecuado desechar la capacitación de las parteras tradicionales, pues existe un trabajo valioso, que debe ser fortalecido y mejorado, en lugar de abandonarlo debido a las debilidades detectadas (Ibid:88)

Para algunos, las limitaciones de los programas para vincular a las parteras tradicionales con la atención primaria de salud están relacionadas a varios aspectos, como: deficientes sistemas de referencia y transporte a centros de salud y hospitales; la calidad de atención que prestan los establecimientos de salud a las usuarias; el tipo de relación que mantiene el personal de salud formal con los agentes de salud tradicional y, en general, el tipo de relación que existe entre el sistema biomédico de salud y el sistema médico tradicional.

En casi todos los casos, los contenidos de las capacitaciones a parteras no han tomado en cuenta los saberes ancestrales de estos agentes, ni la cosmovisión y valores culturales de las poblaciones a las que atienden. Mientras que el enfoque biomédico que guía la capacitación a parteras pone gran énfasis sobre el riesgo y complicaciones obstétricas, llegando a medicalizar en extremo los eventos del parto y el embarazo, que para muchas usuarias y agentes de medicina tradicional constituyen eventos normales y/o definidos por creencias y prácticas culturales específicas y persistentes (Bradby & Murphy-Lawless:284-285)

Si se toma esto en cuenta, las estrategias para la disminución de la mortalidad materna no pueden sólo abarcar una creciente atención obstétrica profesional accesible a la población en términos prácticos, sino que deben también dialogar con las creencias y prácticas culturales de la población y de sus agentes tradicionales, las cuales influyen la escasa utilización de servicios obstétricos profesionales allí donde sí se encuentran disponibles.

“Aún donde existen servicios profesionales disponibles, muchas mujeres continúan accediendo a los servicios de las parteras tradicionales, particularmente en áreas rurales. Este se debe a que el costo, las costumbres locales, y la amabilidad, continúan siendo los

principales factores que influyen la selección de un proveedor. Para muchas mujeres rurales, la calidad de la relación es más valorada que la competencia técnica del proveedor de salud” (Kruske & Barclay: 309).

El conocimiento y comprensión de la cosmovisión y valores de las comunidades son por tanto vitales a la hora de planificar la capacitación a parteras, así como el funcionamiento de las redes de atención primaria y el cuidado obstétrico esencial. Consecuentemente, para muchos las parteras tradicionales, lejos de constituir recursos de dudoso valor en la lucha para disminuir la mortalidad materna y neonatal, continúan siendo elementos claves que posibilitan este necesario dialogo y mutua valoración entre sistemas de salud diversos (Ibid).

“Las parteras tradicionales y el personal de salud formal pueden trabajar armoniosamente a favor de las mujeres, si existe el compromiso de parte del [enfoque biomédico] de escuchar y responder a nivel local, en lugar de utilizar modelos que tienen poca adaptabilidad especialmente cuando van acompañados de actitudes de maltrato hacia las usuarias y las parteras tradicionales” (Bradby & Murphy-Lawless:292)

### **Experiencias exitosas de trabajo con parteras tradicionales**

Las experiencias exitosas de trabajo entre profesionales biomédicos y parteras tradicionales existen en diversos lugares, como Samoa, Malasia o Brasil, caracterizadas por una verdadera colaboración y asociación fundamentadas en el respeto mutuo y la mutua valoración de las habilidades y prácticas de cada uno (Kruske & Barclay: 310; Bradby & Murphy-Lawless: 286). De acuerdo a algunos autores, para ser exitosas las políticas de salud materna deben redefinir la idea de “conocimiento” válido, de modo que se incorpore sabiduría y creencias distintos a los del sistema occidental de salud, y las parteras tradicionales sean incluidas dentro de los equipos de salud primaria más allá de la retórica brindándoles reconocimiento igualitario (Ibid).

Como relatan Bradby & Murphy-Lawless (2002), en el caso de Brasil la experiencia de trabajo más conocida ocurrió alrededor de la ciudad de Fortaleza en la década de 1970. El trabajo con parteras tradicionales fue liderado por un obstetra, el José Galba Araujo, quien creó 40 unidades atendidas por parteras en zonas rurales. El trabajo inició por conocer el sistema de salud tradicional, las prácticas de las parteras locales, e involucrar a la comunidad en la creación de unidades y selección de parteras. Las parteras trabajaban turnos de ocho horas en cada unidad y recibían la supervisión de enfermeras únicamente una vez por semana. Además referían casos complicados al hospital más cercano para lo cual disponían de una ambulancia. Los factores que marcaban la diferencia y el éxito de este modelo serían principalmente dos: a) Una gran confianza en el parto como un proceso normal y en la capacidad de las parteras de atender partos no complicados y, b) Un sistema de transporte y transferencia no obstaculizado por grandes distancias (Bradby & Murphy-Lawless:289). La confianza en los conocimientos de las parteras y el reforzamiento de prácticas tradicionales, como la atención vertical del parto, o el corte del cordón umbilical después del alumbramiento de la placenta, constituirían un aspecto clave del éxito de esta experiencia, junto con el buen funcionamiento de las referencias de pacientes que sabían serían bien atendidas en el hospital.

## Otras experiencias internacionales

### Guatemala

La iniciativa de Ley para la Maternidad Saludable de Guatemala<sup>102</sup>, cuyo objetivo es garantizar la maternidad saludable de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información y de servicios durante el embarazo, parto y posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna – neonatal, establece que la atención calificada del parto y recién nacido es aquella que se brinda de manera inmediata durante el parto y posparto en el hogar, en el centro de salud o en el hospital. Además uno de sus principios es la interculturalidad, en la que se define que el Estado garantizará el respeto a la identidad cultural conforme los valores, idioma y costumbres de las comunidades en la aplicación de los programas de atención de salud materna-neonatal. Se define como proveedor calificado al profesional de salud con destrezas y habilidades médico/médica, partera/partero, enfermera/enfermero, comadrona técnica que sido capacitado y es competente para el manejo del embarazo, parto y posparto, así como sus complicaciones. Mientras que el proveedor/a comunitario y tradicional, son las personas reconocidas por la comunidad, que en el primer nivel de atención realizan acciones como: control prenatal e identificación y referencia de complicaciones obstétricas, consejería en planificación familiar y acompañamiento de la mujer embarazada a los servicios de salud, entre otros. No se incluye la atención del parto tradicional. (Art. 5) Se entiende que solo las parteras/os calificadas pueden prestar este servicio.

En el artículo 7 se establece que los establecimientos que atiendan población indígena, deben contar con la presencia de intérpretes culturales y lingüísticos para asegurar que la atención, tratamiento y los procesos de comunicación sean comprensibles y claros para las mujeres y su familia. Además establece que cuando el parto se lleve a cabo en el hogar, un proveedor calificado debe visitar a la mujer púérpera y al recién nacido entre las primeras veinticuatro a cuarenta y ocho horas. El cual deberá identificar signos o síntomas de peligro y remitir a la mujer o al recién nacido, según sea el caso, al nivel de atención con la capacidad resolutive necesaria, según la morbilidad detectada (Art. 10).

El art. 13 señala que se establecerán casas maternas cercanas a los hospitales, CAIMI y CAP. Estas casas deberán diseñarse basadas en la pertinencia cultural, para permitir a las mujeres embarazadas hospedarse en fechas cercanas a su parto y tener acceso inmediato a los servicios de salud.

Finalmente el art. 12, relativo a los proveedores comunitarios y tradicionales señala, que estos brindarán los servicios relacionados con la maternidad en el nivel primario, aplicando normas y protocolos establecidos. “En el caso de las comadronas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá formular en forma conjunta con las organizaciones de comadronas, una política que incluya definición del rol de las comadronas, sus funciones, el relacionamiento con los servicios de salud, así como establecer un programa de transición para la formación de comadronas adiestradas a nivel técnico. La Ley de Maternidad Saludable de Guatemala apunta a formar parteras profesionales y en esa medida regular la

---

102 Iniciativa de Ley para la Maternidad Segura, presentado al Congreso de la República de Guatemala, el 22 de octubre de 2009 y el que se autoriza a que la Comisión de la Mujer lo estudie y dictamine su aprobación. 29 de Sept. 2009.

articulación de estas a su sistema de salud y autorizar para que atiendan partos. Recordemos que el Artículo 5, cuando define a los proveedores tradicionales no se incluye la atención del parto.

En Guatemala, en el marco del proceso de Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP) que forma parte de las acciones de la estrategia de Promoción de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, la cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social empezó a implementar en San Marcos en el 2007, con el apoyo técnico del proyecto USAID/Calidad en Salud, se incorporó a la señora Amparito Miranda, “comadrona” tradicional con más de 40 años de experiencia al Centro de Atención Permanente (CAP) de San Pedro Sacatepéquez, San Marco.<sup>103</sup> Ella cumple turnos de 24 horas y tiene tres días de descanso. Se encarga de la emergencia los fines de semana y, entre semana, atiende a los pacientes tomando sus signos vitales y refiriéndolos con el médico. En el momento de un parto apoya en la atención de las madres y del recién nacido. Su contrato laboral fue gestionado con la municipalidad.

Además de la incorporación de la comadrona al CAP se han incorporado cambios en la atención del parto, como por ejemplo, la opción que tiene la paciente para elegir en qué posición desea tener el bebé-hincada, en cuclillas o acostadas y su familia pueda estar presente en el momento de alumbramiento.

## México

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Art. 2º reconoce a México como nación pluricultural y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad, asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, aprovechando debidamente la medicina tradicional.
- La Ley General de Salud (LGS) mexicana con respecto a la Medicina Tradicional señala que se reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Y añade que los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán “adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del *paciente con el médico, respetando siempre sus Derechos Humanos*”.
- El Programa Nacional y Programa Sectorial de Salud 2007 – 2012 incorpora ahora líneas de acción específicas sobre interculturalidad y medicina tradicional entre las cuales se destacan:
  - Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas:
  - Promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios y en el diseño de los espacios para la atención de la salud para disminuir las barreras culturales al acceso de los servicios.

---

103 Gotas de Calidad, Edición No. 11. 31 de marzo del 2009. Calidad en salud Guatemala. USAID.

- Incrementar el conocimiento de las medicinas tradicionales y complementarias y promover su utilización segura de acuerdo a la demanda que de ellas haga la población.
  - Fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación gradual de servicios de medicina tradicional y medicinas complementarias en aquellas unidades de salud en las que exista la demanda de estos servicios.
- Mientras que el Programa de Acción Específico 2007 - 2012: Interculturalidad en Salud, señala en su línea de acción no. 3 que se deberá promover adecuaciones interculturales en la Operación de los servicios de salud y en el diseño de los espacios para la Salud. El Programa de Acción Específico 2007 - 2012: Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención a la Salud, plantea como línea de acción el incorporar elementos de la medicina tradicional en los servicios de salud, que permitan ofrecer servicios en un marco de respeto, interrelación, complementariedad y sinergia, considerando la cultura y demanda de la población, y señala como meta en este sentido, el difundir el modelo de parto vertical en el Sistema Nacional de Salud así como favorecer su institucionalización.
- El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud vigente, señala las siguientes atribuciones de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (Artículo 25): VII. Proponer el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud en correspondencia a las necesidades y características culturales de la población, promoviendo la interrelación con propuestas y proyectos conjuntos, apoyando que su evaluación se realice a través de la visión de la cultura donde se practica; XVII. Dirigir las acciones para la capacitación y sensibilización intercultural del personal del Sistema Nacional de Salud; XIX. Diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional y medicinas complementarias en el Sistema Nacional de Salud.
- La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, “atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”., Señala: *5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre, respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica.* Lo que significa que la norma no limita el aprovechamiento de esta posición, e incluso señala como elemento fundamental el respeto a las decisiones de la embarazada. La Secretaría de Salud ha impulsado la acreditación de unidades que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). *La Cédula de Acreditación de Unidades de Primer Nivel. Centros de Salud en Zonas Indígenas*<sup>1</sup> cuenta con diversos indicadores de carácter intercultural que pretenden contribuir a la mejora del trato a población indígena y disminuir barreras culturales en la atención médica. Uno de dichos indicadores (No. B 290) es el de *“Respeto a la decisión del parto vertical y acompañamiento de la partera y familiar”*.
- El estado de Veracruz, ha establecido en su Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia<sup>2</sup>, como tipo de Violencia contra las mujeres, a la “Violencia

Obstétrica”, definida en su Artículo 7, Fracción VI, como la “*apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer*”. (Almaguer González, 2009: 7)<sup>104</sup>

El documento de la Dirección General de Planeación y Desarrollo de Salud mexicano “El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud, define a la atención intercultural como el “*aprovechamiento de manera respetuosa y sinérgica de los elementos de diversos modelos médicos y cultural, y que pretende evitar y/o erradicar las barreras cultural, en un marco de seguridad y eficacia. Además de la posición vertical del parto se propone incorporar los siguientes elementos, entre otros:*

- Fomentar la identificación temprana de riesgos en el embarazo, fortaleciendo la articulación con los auxiliares de salud y parteras tradicionales, en la que se les otorgue adecuada recepción y buen trato cuando refieran y acompañen a mujeres embarazadas o en trabajo de parto.
- Facilitar los ejercicios saludables para las mujeres embarazadas, incorporando técnicas de ejercicios derivados del conocimiento tradicional de las parteras y la propia experiencia de las mujeres que van a parir y otros especializados para el embarazo y el puerperio como yoga y *Qi Gong* (chi cum).
- Fomentar la alimentación saludable de las mujeres embarazadas con cursos prácticos de cocina saludable adaptadas al embarazo y cultura local.
- Integrar en un esquema de seguridad los masajes preparto que conocen las parteras para facilitar la circulación sanguínea, disminuir la tensión muscular y reducir el dolor.
- Atención conjunta del parto integrando a parteras tradicionales y profesionales en la atención del parto eutócico, en conjunto con el personal médico.

---

104 Almaguer González, José Fernández y García Ramírez, Hernán José, “La Atención Intercultural a las mujeres: El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.” Dirección General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud, y Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Gobierno Federal, Estados Unidos Mexicanos, Pg. 6, 7 y 8, 2009.

- Favorecer la incorporación de técnicas utilizadas por parteras tradicionales para facilitar la pujada eficiente de la mujer en el trabajo de parto.
- Permitir la participación de la pareja o familiar durante el parto, para brindar sustento emocional y hacerlo copartícipe de la experiencia de la paternidad, si así lo solicita la mujer parturienta.
- Otorgar, a través de parteras y personal capacitado, las técnicas de masaje postparto conocidas como “apretadas” que favorecen la recuperación funcional de tendones, huesos, articulaciones y órganos.
- Modificar la climatización y ambientación de la sala de expulsión para que sea “calida”, tanto a nivel térmico como cultural.
- Integrar los beneficios de los baños de vapor y temascal para las mujeres durante el puerperio.
- Facilitar la operación de posadas de hospedaje, contiguas a centros de salud y hospitales que permitan el albergue de mujeres embarazadas de riesgo, desde días antes de la fecha probable de parto y evitar su traslado de urgencia durante el trabajo de parto. Así mismo que permita a las mujeres albergarse durante los tres primeros días después del parto, en que culturalmente “se encuentran en estado caliente”, y se pueden desequilibrar si se exponen al fresco.
- Integrar los conocimientos y prácticas de las parteras para facilitar la producción temprana de la leche materna y mejorar su calidad.
- Adaptar los servicios a las necesidades y derechos de las mujeres usuarias de tal manera que se facilite el acceso a los mismos.
- Otorgar servicios con enfoque de género, basadas en las necesidades y expectativas de las mujeres usuarias, para lo cual es necesario instrumentar una estrategia de consulta con las mismas, y de reconocimiento, goce y ejercicio de sus derechos.
- Sancionar al personal que degrade a las usuarias y realice cualquier acto de violencia obstétrica.
- Favorecer la dignificación y humanización del parto, con la participación activa de las mujeres parturientas, donde se les deje de tratar como “objeto”, y se les reconozca sus derechos como protagonistas del mismo, fortaleciendo su autonomía.
- Evitar la prohibición de los elementos de protección que llevan las personas usuarias desde su perspectiva cultural, como lo son, listones rojos, amuletos, aldabas de metal, a menos que se tenga la seguridad de que signifiquen riesgo durante el procedimiento médico indicado, y en ese caso devolverlos al terminar éste. Si se considera que puede alterar los procedimientos de higiene, ofrecer sustitutos limpios o estériles.

- Transformar las capacitaciones convencionales con parteras tradicionales en “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo” donde los dos modelos médicos se encuentren, se enriquezcan mutuamente y logren concertaciones interculturales para favorecer su propia labor, así como la salud y dignidad de las usuarias.
- Propiciar la intervención y capacitación de parte del área de psicología para facilitar
- la identificación de signos tempranos durante el embarazo y parto, de cualquier tipo
- de modalidad de violencia, y de los síndromes de depresión postparto y de rechazo
- madre/hijo, de manera que se puedan prevenir y atender de manera oportuna.
- Sensibilizar, formar y capacitar al personal institucional en la atención al parto con perspectiva cultural y de género, e instrumentar la acreditación del servicio de atención del parto con elementos culturales.<sup>105</sup>

La secretaría de Salud de México ha establecido la “Red Estatal de Parteras tradicionales”, que cuenta con 578 parteras activas que trabajan en 419 localidades, mayoritariamente en la región de Huasteca.<sup>106</sup> Dentro de la Red se capacita y entrega material de curación e instrumentos médicos a las parteras y se da seguimiento a las actividades que estas realizan (atención del parto y otras actividades preventivas como la entrega de Ácido Fólico a mujeres embarazadas y Sobres de Vida Suero Oral. Durante el 2009 las parteras tradicionales pertenecientes a la Red atendieron 607 partos normales, 482 niños menores de cinco años con afecciones respiratorias y 608 diarreas. Repartieron 2.966 Sobres de Vida Suero Oral y llevaron a cabo 97 revisiones de mama, así como 876 referencias de pacientes a las Unidades de Primer Nivel. Este trabajo se hace en coordinación con las Brigadas Médicas Móviles y las Centros de Salud. Este trabajo coordinado incluye capacitaciones y el registro de las prestaciones que brindan.

En el 2009 se llevaron a cabo siete cursos de capacitación a parteras tradicionales en el que participaron 477 de ellas en los siguientes temas:

- Violencia Intrafamiliar y Sexual
- Reanimación Neonatal
- Prevención de la Mortalidad Materna
- Ingesta de Ácido Fólico para la Prevención de Malformaciones Congénitas
- Uso de Sobre de Vida Suero Oral y Adecuado Manejo de las Enfermedades Diarreicas y Respiratorias en Niños
- Estilos de vida saludable (estrategia Patio Limpio, referencia de mujeres en edad reproductiva a Unidades de Primer Nivel de Atención para que completen su esquema de vacunación, se realicen la prueba del Papanicolaou y reciban información sobre planificación familiar.

---

105 Op. Cit., Pág. 31-33.

106 Sala de Prensa: “Parteras tradicionales”, [Http://www.slpsalud.gob.mx](http://www.slpsalud.gob.mx), 10 de diciembre del 2009.



## Propuesta de Ley Marco en materia de medicina tradicional del Parlamento Latinoamericano<sup>107</sup>

Esta propuesta de ley en el Art. 1 propone algunas definiciones importantes que pueden ser tomadas en cuenta sobre los sistemas tradicionales de salud:

- Medicina tradicional: Son los sistemas de atención a la salud que tiene sus raíces en conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales han acumulado a través de su historia, fundamentados centralmente en una cosmovisión, que para los países latinoamericanos, es de origen precolombino y que se ha enriquecido en la dinámica de interacciones culturales, con elementos de la medicina española y portuguesa antigua, la influencia de medicinas africanas y la medicina científica, además de incorporar elementos terapéuticos de otras practicas que les son afines y que son susceptibles de ser comprendidos y utilizados desde su propia cosmovisión y marco conceptual.
- Terapeutas o prácticos tradicionales<sup>1</sup>, Son las personas que realizan acciones en el ámbito comunitario para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física o espiritual, colectiva y comunitaria, enmarcados en una forma de interpretar el mundo que les rodea (cosmovisión) acorde a su cultura y los marcos explicativos de sus sistemas médico tradicional. A fin de no establecer controversias respecto a la denominación jurídica del término “medico” con la definición promovida por diferentes instancias académicas y oficiales de “médico tradicional”, se propone reconocer los nombres con los que son conocidos por su comunidad, en su lengua indígenas a los terapeutas tradicionales, por lo que se sugiere utilizarlos, registrándolos en su propia lengua si es el caso, o de manera genérica, utilizar el mencionado término de *terapeuta tradicional*.
- *Pueblos Indígenas*: Son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual de los países americanos al iniciarse la ocupación europea y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas o parte de ellas y donde la conciencia de su identidad indígena es un criterio fundamental para definir su condición de pueblos indígenas.
- *Comunidades Indígenas*: Son comunidades integrantes de los pueblos indígenas aquellas que formen una unidad social, económica y cultural, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo a sus usos y costumbres.
- *Conocimientos Tradicionales*: Todo el conjunto de prácticas y saberes colectivos de los pueblos indígenas referidos a la biodiversidad, a la salud- enfermedad y al manejo de los recursos orientados al bienestar comunitario, los cuales han sido transmitidos de generación en generación, así como sus manifestaciones artísticas y culturales, que conjuntamente con aquellos, conforman su patrimonio cultural;

---

107 Almaguer González, José. Ley Marco en materia de medicina tradicional. Propuesta elaborada por la Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano. Agosto, 2009.

- *Bio-piratería*: Apropiación de los recursos genéticos y conocimientos tradicionales realizadas sin el consentimiento previo y autorizado de las comunidades y pueblos indígenas, que pretende, mediante el sistema internacional de patentes, la propiedad intelectual, el uso, explotación y el usufructo monopólico y con fines de lucro de éstos recursos y conocimientos, sin que exista distribución justa y equitativa de los beneficios derivados de su utilización;

Del mismo modo se recomienda a los Estados miembros de la comunidad latinoamericana a encaminar sus acciones con respecto a la medicina tradicional tomando en cuenta las siguientes consideraciones (Art. 2 Atribuciones de los Ministerios de Salud):

- Reconocimiento como derecho cultural, como conocimientos y practicas generados y protegidos colectivamente por los pueblos y comunidades indígenas para su utilización plena y afín a su cultura y que por esa circunstancia, no puede ser normado sin la participación explícita y amplia de los propios indígenas con la cobertura y el referente del Derecho indígena internacional, vinculante con el marco normativo de los países del Parlatino.
- Se recomienda que la legislación a generar, considere esta perspectiva en relación a las intervenciones por parte de la ciencia médica hacia el ámbito de la medicina tradicional; que éstas sean bajo procesos de interacción de carácter intercultural, de respeto a los derechos humanos para su fortalecimiento y desarrollo y no solamente para el aprovechamiento de sus conocimientos relacionados con los efectos terapéuticos de sus plantas medicinales, o el entrenamiento de sus prácticos y terapeutas bajo modelos subordinados de colaboración asistencial hacia objetivos que de primera instancia, no les son prioritarios.
- Se recomienda asimismo, la mutua colaboración técnica entre los países donde existe la medicina tradicional y sus pueblos originarios a fin de compartir las experiencias exitosas que han permitido la inclusión de algunas medicinas que forman parte de la oferta de servicios de Salud, sus procedimientos legales y normativos para su ejercicio, enseñanza e investigación. En sus políticas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no distingue a las medicinas tradicionales indígenas de las medicinas complementarias y alternativas<sup>23</sup>, ante lo que esta ley marco pretende hacer una clara distinción, basada en la presencia de medicinas tradicionales de los pueblos originarios, para su acercamiento, modulación y desarrollo. La cosmovisión y el derecho cultural son el punto central para abordar a las Medicinas tradicionales indígenas. Forman parte sustantiva de la cultura de las poblaciones indígenas y rurales, lo que determina un sinnúmero de hábitos y prácticas. En este sentido, la medicina tradicional, no es sólo es un conjunto de prácticas preventivas y terapéuticas que deben ser reguladas en función de su eficacia científica; forma parte de la identidad cultural, y debe ser asumida también, como un derecho cultural.
- Sin embargo, debe existir una regulación que ordene y distinga las prácticas terapéuticas, simbólicas y espirituales que poseen todo un reconocimiento comunitario, de las que se practican fuera de su contexto y que pueden tener serios

riesgos a la salud por personas ajenas al marco explicativo de la medicina tradicional. El reto es promover la investigación científica de las terapéuticas tradicionales sin tener que derribar la cosmovisión que las sustenta ni atropellar el marco del derecho indígena que reconoce que los conocimientos de la medicina tradicional son propiedad de las comunidades y las naciones donde se originaron y que deben respetarse y promover, para su modulación, no sólo la seguridad, la eficacia y la calidad de la medicina tradicional, sino también la pertinencia cultural.

- Se deberán promover además medidas para proteger, registrar en beneficio de los pueblos originarios, conservar y desarrollar, los conocimientos tradicionales y los recursos naturales necesarios para aplicarla de manera sostenible. La presente Ley marco, pretende fortalecer mecanismos de validación comunitaria al amparo del derecho indígena, el impulso a la colegiación de los terapeutas tradicionales y la sistematización de parte de ellos de su propia medicina. De esta manera, es imperativo promover procesos de autorregulación, en los que las mismas organizaciones definan quienes son y quienes no los terapeutas tradicionales.

### **La OMS y la Promoción de la Medicina Tradicional**

La OMS reconoció oficialmente la importancia de fomentar la medicina tradicional en el año de 1978. Dos décadas después, en el año 2002, la OMS publicó su primer plan estratégico sobre medicina tradicional 2002-2005, destinado a clarificar asuntos de políticas, seguridad, eficacia, calidad, acceso y uso racional de las medicinas tradicionales (MT), así como alternativas y complementarias (MAC)<sup>108</sup>. La estrategia responde al uso extendido en países en desarrollo de las medicinas tradicional y MAC, debido en gran medida a su mayor accesibilidad física y económica para la población, así como por el apego de la población a prácticas culturales y cosmovisiones determinadas.

Entre las principales tareas que se ha impuesto la OMS, se encuentran el ayudar a los países a desarrollar políticas que permitan la integración de la MT/MAC a los sistemas nacionales de atención en salud, según sea apropiado. Dichas políticas nacionales posibilitarán el definir el rol de la MT/MAC en la prestación de servicios de salud, asegurando que existan mecanismos legales para su promoción y su práctica, que el acceso a estas medicinas es equitativo, y que la autenticidad, seguridad y eficacia de las terapias están garantizadas. También permite asegurar la provisión de recursos financieros para la investigación, educación y capacitación.

Para describir el grado en que las MT/MAC forman elementos reconocidos del sistema de salud, la OMS ha definido tres tipos de sistemas<sup>109</sup>:

a) Un *sistema integrativo*, donde la MT es oficialmente reconocida e incorporada a todas las áreas de prestación de salud (programas de medicamentos, prestadores de salud, terapias disponibles en establecimientos, costos cubiertos por seguridad social, educación e investigación) A nivel mundial, únicamente China, Corea, la República Democrática de Corea y Vietnam han llegado a tener este tipo de sistema.

---

108 World Health Organization. Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneva. 2002. pag. 1

109 Ibid. 8.

b) Un *sistema inclusivo*, que reconoce las MT/CAM, pero no las ha integrado plenamente en todos los aspectos de la atención de salud, ya se trate de la prestación de servicios, educación, capacitación, o su regulación. La MT y las CAM pueden no estar disponibles en todos los niveles de atención, o puede no existir regulación sobre sus prestadores y productos. Entre los países que cuentan con este sistema están Guinea Ecuatorial, Nigeria y Mali, Canadá, Reino Unido. Muchos de estos países se encuentran trabajando para desarrollar sus políticas y regulaciones al respecto.

c) Un *sistema tolerante*, donde el sistema nacional de salud está basado por entero en la medicina alopática, pero donde algunas prácticas propias de la MT/MAC son legalmente toleradas.

Los retos que enfrenta el reconocimiento y adopción de las MT y MAC, se puede clasificar en cuatro categorías:

#### Políticas Nacionales y Marcos Regulatorios

- Ausencia de reconocimiento oficial de las MT/MAC y de sus prestadores
- Las MT/MAC no se encuentran integradas a los sistemas nacionales de salud
- Ausencia de mecanismos reguladores y marcos legales
- Distribución equitativa de beneficios de los conocimientos y prestadores indígenas
- Distribución inadecuada de recursos para el desarrollo de MT/MAC

#### Seguridad, eficacia y Calidad

- Ausencia de una metodología de investigación
- Evidencia inadecuada sobre terapias y productos de la MT/MAC
- Ausencia de estándares internacionales y nacionales para asegurar la seguridad, eficacia y control de calidad de las terapias y productos de la MT/CAM
- Ausencia de regulación y registro adecuado sobre medicina herbolaria
- Ausencia de registros de prestadores de MT/CAM
- Apoyo insuficiente para la investigación

#### Acceso

- Ausencia de datos que midan niveles de acceso y costos
- Necesidad de identificar terapias y productos seguros y efectivos
- Ausencia de reconocimiento oficial sobre el rol de los prestadores de MT/MAC
- Ausencia de cooperación entre prestadores MT/CAM y profesionales alopáticos
- Uso insostenible de recursos de plantas medicinales

#### Uso Racional

- Ausencia de capacitación a prestadores de MT/CAM y a profesionales alopáticos sobre MT/CAM
- Ausencia de comunicación entre prestadores de TM/MACC y prestadores alopáticos, y entre profesionales alopáticos y consumidores
- Ausencia de información para el público sobre el uso racional de MT/MAC

En el contexto del continente americano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), emitió en 1992 la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, como estrategia para abordar la salud de los pueblos indígenas de la región, en base a cuatro principios: a) un enfoque

integral de la salud; b) el derecho a la autodeterminación de los pueblos; c) el respeto y revitalización de las culturas indígenas; d) la reciprocidad en las relaciones; e) el derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.

Posteriormente se elaboró el “Marco de Referencia Estratégico y Plan de Acción 1999-2002 de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas”, que incluía tres líneas de acción interrelacionadas<sup>110</sup>:

a) Planificación estratégica y alianzas: apoyar a los países en formulación de políticas para el desarrollo de sistemas de salud tendientes al acceso equitativo para los pueblos indígenas.

b) Marcos de referencia y modelos de atención interculturales: apoyar a los países en diseño de modelos de atención que aborden barreras en el acceso a servicios experimentadas por pueblos indígenas. Ello incluye la “generación de metodología e instrumentos que faciliten la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud, particularmente en la atención primaria”.

c) Información para detectar y vigilar las desigualdades: mejorar la recopilación, producción y difusión de información acerca de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas.

La Segunda Línea de Acción, pretende contribuir a la armonización<sup>111</sup> entre los sistemas de salud indígenas y el sistema convencional de salud, lo cual supone la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud. Según la OPS, existen tres áreas de acción que favorecen este proceso de incorporación:

a) La armonización jurídica: marco legal que permita la participación social, el ejercicio y aplicación de medicinas indígenas, protección y preservación del saber y recursos comunitarios.

b) La armonización conceptual: reconocimiento de saberes y prácticas indígenas como sistemas de salud, y generación de marcos conceptuales que permitan la comprensión de los sistemas de salud indígena.

c) La armonización práctica: formulación e implementación de modelos de atención que, a la vez que priorizan la excelencia técnica, tienen en cuenta las características sociales y culturales de la población. Esto supone la formación de recursos humanos capaces de respetar, comprender y responder a los diferentes contextos culturales, a fin de proporcionar una atención integral.

---

110 OPS/OMS. Armonización de los sistemas de salud indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Pag. 8

111 Se utiliza esta palabra en asociación a un enfoque intercultural, y como sinónimo de asociación, concertación o mediación, y se prefiere su uso a otras palabras como “integración”, que históricamente se han vinculado a procesos de subordinación y asimilación de los pueblos indígenas ante ideologías dominantes.

En la práctica, las estrategias apoyadas por la OMS y la OPS sobre medicina tradicional, así como sus políticas sobre parteras tradicionales, detalladas anteriormente, se han traducido en dos tipos de iniciativas llevadas adelante por países en desarrollo:

- Promover la participación de los agentes de salud tradicionales en la atención primaria de salud a nivel comunitario, particularmente en campañas de promoción y prevención y en los sistemas de referencia para la atención del parto
- Promover el conocimiento de la medicina tradicional y sus terapias entre el personal biomédico, así como formar recursos humanos capaces de brindar atención culturalmente apropiada (superación de barreras culturales en la atención dentro de los establecimientos de salud, como por ejemplo, el tipo de trato interpersonal, los horarios de atención, la disposición física, los procedimientos utilizados, etc.).

La participación de parteras tradicionales en la atención de salud primaria se traduce en décadas de implementación de programas de capacitación a parteras en países en desarrollo, promocionados por la OMS, gobiernos nacionales y agencias internacionales, en el marco de la lucha contra la mortalidad materna y neonatal. La capacitación a parteras se ha caracterizado por un énfasis en la transmisión de conocimientos biomédicos que deben adquirir los agentes tradicionales, sin valorar ni incluir sus conocimientos ancestrales dentro de los contenidos del entrenamiento ni propiciar un intercambio de saberes. En la gran mayoría de casos, el rol de las parteras en la atención primaria de salud se ha limitado a la referencia de complicaciones obstétricas hacia el sistema de salud convencional.

Por otra parte, en varios países, particularmente de Latinoamérica, se han implementado experiencias locales de adecuación cultural de la atención del parto institucional con el apoyo de organizaciones no gubernamentales.

No obstante estos avances a nivel local y mundial, es patente la falta de modelos interculturales de salud que permitan la incorporación de agentes tradicionales dentro de las redes de establecimientos de salud públicos para ofrecer servicios médicos tradicionales, conjuntamente con los profesionales del sistema de salud convencional:

“A menudo la promoción de la medicina tradicional sirve el propósito de autoafirmación nacional y cultural. Sin embargo, en la práctica, casi no existe un ejemplo de verdadera colaboración e intercambio entre la medicina tradicional y moderna dentro del contexto de la atención primaria de salud. Los trabajadores de salud dentro del sistema biomédico generalmente están opuestos a la idea de colaboración, mientras que los agentes de salud tradicionales a menudo están más dispuestos.” (Sjaak van der Geest, 1997:909).

Las iniciativas que buscan incorporar a las parteras dentro de la atención primaria de salud, generalmente han limitado su campo de acción al de la propia comunidad, donde se considera que la partera puede mejor desempeñar su rol de promoción gracias a los lazos sociales que mantiene y al prestigio social que ha adquirido.

La reticencia de muchos países de integrar más a fondo a los agentes de salud tradicionales con el sistema biomédico, no limitándolos al ámbito comunitario, sino incluso

incorporándolos a la práctica en escenarios institucionales, estaría relacionada, a la falta de políticas que reconozcan su práctica como parte de un sistema de salud legítimo, y la falta de mecanismos para incorporarlos a la prestación de servicios, entre otros factores.

La institucionalización de la medicina tradicional y sus agentes constituye un tema controversial, no sólo por la falta de claridad política que pueda existir a nivel nacional sobre el tema, sino también porque desde la misma población indígena existe preocupación sobre la utilización de los agentes tradicionales para beneficiar el uso de los servicios biomédicos, en desmedro de la actividad tradicional. Otra preocupación es cómo las actividades curativas de los agentes tradicionales en contextos institucionales puede volverse descontextualizada y despojada de su sentido original, y cómo esta práctica institucional puede poner en riesgo las relaciones de reciprocidad entre agentes tradicionales y usuarios.

Otro obstáculo para profundizar la colaboración entre biomedicina y medicina tradicional, incluye las actitudes etnocéntricas del personal biomédico ante los sistemas de salud tradicionales y sus agentes. También puede existir desconfianza del personal biomédico ante la falta de evidencia que pruebe seguros los conocimientos tradicionales.