



# LEGISLACIÓN Y NORMATIVIDAD EN TORNO A LA PARTERÍA TRADICIONAL INDÍGENA:

UNA MIRADA COMPARATIVA  
DESDE LA PERSPECTIVA  
DE DERECHOS



• BOLIVIA • CANADÁ • COLOMBIA  
• ECUADOR • GUATEMALA • MÉXICO



COORDINADORAS:

Paola Ma. Sesia

Lina Rosa Berrio Palomo

CON LA COLABORACIÓN DE:

Coral López Mendoza

Cirenía Vásquez

Belén Barragán

Nadia Maciel







# LEGISLACIÓN Y NORMATIVIDAD EN TORNO A LA PARTERÍA TRADICIONAL INDÍGENA:

**UNA MIRADA COMPARATIVA  
DESDE LA PERSPECTIVA  
DE DERECHOS**

• BOLIVIA • CANADÁ • COLOMBIA  
• ECUADOR • GUATEMALA • MÉXICO

COORDINADORAS:

**Paola Ma. Sesia**

**Lina Rosa Berrio P.**

CON LA COLABORACIÓN DE:

**Coral López M.**

**Cirenia Vásquez**

**Belén Barragán**

**Nadia Maciel**



# Contenido

<b>Introducción</b>	1
<b>Capítulo 1</b>	
<b>El Marco Multilateral</b>	3
El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1989)	3
La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará" (1994)	5
La Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas	6
El Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas	6
La Organización Mundial de la Salud (OMS)	8
Las ausencias	9
<b>Capítulo 2</b>	
<b>Las experiencias Latinoamericanas y de Canadá respecto a la partería indígena</b>	11
Bolivia	11
Hallazgos y relevancia para México	13
Canadá	14
Ontario	16
Quebec	20
Nunavut	23
Columbia Británica	24
El Consejo Nacional de Parteras Aborígenes ( NACM)	26
Hallazgos y relevancia para México	27

Colombia	27
Hallazgos y relevancia para México	32
Ecuador	33
El reconocimiento de la partería en Ecuador	34
Hallazgos y relevancia para México	40
Guatemala	41
El fundamento para el reconocimiento de la partería indígena en Guatemala	41
Hallazgos y relevancia para México	50
<b>Capítulo 3</b>	
<b>El caso de México</b>	53
La Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos	53
La Ley General de Salud	56
Las Normas oficiales mexicanas	60
Política vigente en materia de salud y salud materna	62
Manuales de la Dirección General de Información en Salud	66
Los documentos emitidos por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	68
Los documentos normativos de la Secretaría de Salud ante la pandemia por COVID-19	74
Programa Nacional de los Pueblos Indígenas 2018-2024	75
Hallazgos en el caso de México	77
<b>Conclusiones</b>	79
<b>Bibliografía</b>	83

# Introducción

La partería indígena es parte fundamental de los sistemas de salud de los pueblos indígenas en México y en América latina, siendo un recurso indispensable para el cuidado de las personas y la reproducción de la vida. La partería indígena es además una de las manifestaciones más importantes de la medicina tradicional, la cual goza del derecho a su preservación, promoción y utilización en los marcos jurídicos de los Derechos Humanos, tanto en el ámbito internacional como el nacional.

El proyecto de investigación “Situación actual de la partería indígena en México” se propuso contribuir a comprender el estado actual de la partería indígena en nuestro país, a través de múltiples objetivos y actividades. Uno de ellos, ha sido la documentación y análisis de los marcos legislativos y normativos que promueven, defienden y/o regulan su presencia y ejercicio; reconociendo que la partería indígena es parte de los derechos colectivos de los pueblos indígenas y, al mismo tiempo y de manera intrínseca, un recurso efectivo para la salud materna de las mujeres. Para cumplir con este objetivo, se resolvió hacer un recorrido iniciando desde el derecho internacional y la normatividad promovida por organismos multilaterales, transitando por la revisión de los marcos legislativos y normativos de cinco países del continente americano donde la partería indígena tiene presencia y relevancia, para llegar finalmente a la legislación y la normatividad vigentes en México.

En las siguientes páginas se reportan los resultados de esta pesquisa. En un primer apartado se incluye la revisión del marco jurídico del derecho internacional, así como de los lineamientos y recomendaciones relevantes en el ámbito de la partería indígena, la medicina tradicional de los pueblos indígenas y el derecho a la salud materna, emitidos por organismos de las Naciones Unidas. En un segundo capítulo, se reportará lo encontrado en cuanto al marco legislativo y normativo alrededor de la partería indígena en Bolivia, Canadá, Colombia, Ecuador y Guatemala; todos ellos, países donde la partería ha sido punta de lanza dentro de los saberes ancestrales y las medicinas propias de sus pueblos originarios pero con diferentes formas de reconocimiento o regulación. Finalmente, en un tercer capítulo, se revisará a detalle el caso mexicano, desde el ámbito jurídico, para llegar a los lineamientos y normas emitidos por la Secretaría de Salud a nivel federal. Al final, se incluyen algunas conclusiones generales.



## Capítulo 1

# El Marco Multilateral

Esta recopilación de tratados, convenios internacionales, leyes locales, decretos y resoluciones, se construyó a partir de un inventario de normas vigentes. Se consideraron como jurisprudencia o normas a todas aquellas decisiones de autoridades públicas que establecen, regularan derechos y obligaciones. Se priorizaron temas de medicina tradicional indígena: partería, parteras tradicionales, parteras tradicionales indígenas, matronas, salud materna, salud materno-perinatal, salud materno-infantil y maternidad segura.

Se identificaron tres convenios/convenciones y dos declaraciones formuladas en el seno de las Naciones Unidas, cuatro informes, una estrategia, una agenda, una publicación y una propuesta. A continuación se enlistan las instancias internacionales y las jurisprudencias en materia de derechos de los pueblos indígenas, medicina tradicional indígena y partería tradicional.

### **El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1989)**

El convenio 169 de la OIT aborda los derechos de los pueblos indígenas y tribales; fue firmado y ratificado por México por lo cual su aplicación se vuelve vinculatoria en nuestro país. Es la pieza jurídica más importante del derecho internacional en materia de Derechos Humanos en relación a los pueblos indígenas, por lo que merece una descripción más completa en este documento.

Aun si este convenio no abarca directamente a la partería, sí incluye varios artículos que refieren a el derecho a la salud, el derecho a la no discriminación, el derecho a ejercer sus prácticas sociales, culturales y médicas tradicionales y el derecho a tener espacios propios de formación en el contexto comunitario; en ese sentido, sí tienen relevancia o injerencia para el libre ejercicio de la partería indígena y para su formación y preservación, tanto como práctica cultural propia, así como, como parte del patrimonio etnomédico y preventivo-curativo de los pueblos indígenas. A continuación, se exponen dichos artículos del convenio:



El Artículo 3 declara que los pueblos indígenas “deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación” y que “no deberá emplearse ninguna forma de fuerza o de coerción que viole los derechos humanos y las libertades fundamentales de los pueblos interesados...”.

El Artículo 5 enuncia que “Al aplicar las disposiciones del presente Convenio: a) deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos...” y “deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos”.

El Artículo 8 establece que “Dichos pueblos deberán tener el derecho de conservar sus costumbres e instituciones propias, siempre que éstas no sean incompatibles con los derechos fundamentales definidos por el sistema jurídico nacional ni con los derechos humanos internacionalmente reconocidos.”

El Artículo 22, en sus incisos 2 y 3, plantea que “Cuando los programas de formación profesional de aplicación general existentes no respondan a las necesidades especiales de los pueblos interesados, los gobiernos deberán asegurar, con la participación de dichos pueblos, que se pongan a su disposición programas y medios especiales de formación. Estos programas especiales de formación deberán basarse en el entorno económico, las condiciones sociales y culturales y las necesidades concretas de los pueblos interesados. Todo estudio a este respecto deberá realizarse en cooperación con esos pueblos, los cuales deberán ser consultados sobre la organización y el funcionamiento de tales programas. Cuando sea posible, esos pueblos deberán asumir progresivamente la responsabilidad de la organización y el funcionamiento de tales programas especiales de formación, si así lo deciden.”

El Artículo 24 plantea que “los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna”.

El Artículo 25 señala que: “1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. 2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.”

Finalmente, el Artículo 27 en su inciso 3, establece que “los gobiernos deberán reconocer el derecho de esos pueblos a crear sus propias instituciones y medios de



educación, siempre que tales instituciones satisfagan las normas mínimas establecidas por la autoridad competente en consulta con esos pueblos. Deberán facilitárseles recursos apropiados con tal fin.”

La aplicación plena e irrestricta de lo que plantea el Convenio 189, bien sustenta jurídicamente y desde una perspectiva de los derechos colectivos de los pueblos indígenas, las exigencias de distintas organizaciones de parteras tradicionales indígenas que piden el reconocimiento de su trabajo y el libre ejercicio de la partería; provee además el marco legal para responder a la necesidad de las parteras de generar condiciones locales, comunitarias, organizativas y desde el Estado, que les apoyen en transmitir sus saberes y en la formación de nuevas parteras.

### **La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará" (1994)**

Dos convenciones transversales para impulsar y defender los derechos de las mujeres en el ámbito de la salud materna son la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* (1979) y la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará"* (1994); ambas, firmadas y ratificadas por nuestro país, por lo cual nuevamente su aplicación es obligatoria.

En la primera se reitera desde el Artículo 1º el derecho de toda mujer a no ser discriminada por su características de diversidad social o cultural. Además en el Artículo 11 se insta a los Estados parte que adopten medidas para garantizar igualdad de condiciones a las mujeres en el ámbito del trabajo, incluyendo el derecho a elegir profesión y empleo, el derecho a la formación y el readiestramiento y el adiestramiento periódico (incluyendo el mismo aprendizaje), el derecho a una remuneración digna por su trabajo y el derecho a que el trabajo de las parteras sea objeto de una evaluación justa. Aun si la partería indígena no califica como profesión en el sentido estricto de la palabra, sí es trabajo, por lo que los derechos que garantiza esta Convención se deben de aplicar en este campo laboral. Además, estos dos artículos tienen implicaciones para el libre ejercicio de la partería indígena por lo que estamos frente a otra base jurídica desde la cual defender a la partería indígena y exigir al Estado el reconocimiento y justo trato hacia la misma.

La *Convención de "Belém do Pará"* (1994), por otro lado, establece en su Artículo 3º que toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, lo cual incluye el ámbito de la reproducción y de los cuidados a los que la mujer tiene derechos durante la gestación, el parto y el posparto. La prevención de la violencia obstétrica como derecho a una vida libre de violencia, pasa necesariamente por el respeto y la promoción de alternativas al parto hospitalario, incluyendo por supuesto el derecho que tienen las mujeres a atenderse con parteras de sus comunidades.



## La Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

En 2007 y después de largas y arduas negociaciones, la Asamblea General de la ONU aprobó la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, firmada por México. Aun si la Declaración no tiene valor vinculatorio a nivel jurídico, es un importante instrumento declarativo y aspiracional, el cual tiene relevancia para el ejercicio de la partería indígena como parte de los derechos colectivos de los pueblos indígenas. Esta declaración establece en sus artículos 23 y 24 la obligatoriedad de los estados de garantizar el respeto a las medicinas tradicionales y al mantenimiento de sus prácticas de salud, así como las medidas orientadas a garantizar a la población indígena—y en especial, a las mujeres y la niñez indígena--el más alto disfrute de la salud integral, el acceso sin discriminación a todos los servicios de salud y el goce “de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación”. También, se expresa que “los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud... a administrar esos programas mediante sus propias instituciones”. (ONU, 2007).

Finalmente, también se declara que los pueblos indígenas tienen derecho a “mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas, comprendidos los recursos humanos y genéticos, las semillas, las medicinas, el conocimiento de las propiedades de la fauna y la flora, las tradiciones orales, las literaturas, los diseños, los deportes y juegos tradicionales, y las artes visuales e interpretativas. También tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual de dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales”.

## El Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas

Este foro fue establecido en el año 2000 como órgano asesor del Consejo Económico y Social (ecosoc) con la finalidad de examinar distintas cuestiones en materia indígena, dentro del ámbito del mandato del ecosoc, el cual incluye el desarrollo económico y social, la cultura, el medio ambiente, la educación, la salud y los derechos humanos de los pueblos indígenas. El Foro asesora y emite recomendaciones al Consejo así como a otros programas y organismos de Naciones Unidas, promueve la concientización y la coordinación alrededor de asuntos indígenas en el sistema de Naciones Unidas, analiza y difunde información y promueve la aplicación de lo estipulado en la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. El foro es uno de los tres mecanismos que se ha creado para el seguimiento de las cuestiones indígenas en el seno de Naciones Unidas y ha sido muy activo en emitir recomendaciones y armonizar el trabajo de los distintos organismos y plataformas de acción de la ONU. Se reúne en sesiones de dos semanas cada año abriendo el diálogo con representantes de organizaciones indígenas, de los Estados miembros y de los mismos organismos de la ONU.



En su 17ª. sesión anual de 2018, se realizó un foro sobre la partería indígena a partir del cual se emitieron tres recomendaciones específicas en el bloque de salud de enorme relevancia para la promoción, defensa y garantía de la partería indígena. Por la trascendencia de sus recomendaciones, aquí se transcriben de manera integral:

49. En los sistemas nacionales de salud se presta una atención insignificante a los conocimientos culturales y clínicos de las parteras indígenas tradicionales y su contribución al bienestar y la salud de los pueblos indígenas. Las parteras indígenas trabajan incansablemente para mejorar la salud materna e infantil durante todo el ciclo de la vida reproductiva de las mujeres y, en particular, durante el embarazo, el parto y el período posparto.

50. A pesar de esta función esencial, la labor de las parteras indígenas, regulada por la propia comunidad, es a menudo criticada y hasta penalizada, en detrimento de la salud de los pueblos indígenas. Para cerrar la brecha de las estadísticas en materia de salud entre la población indígena y no indígena, los poderes públicos deben apoyar e integrar la práctica de las parteras indígenas. El derecho de los pueblos indígenas a la libre determinación es aplicable a su salud reproductiva, y los Estados deben poner fin a la penalización de las parteras indígenas y realizar las modificaciones legislativas y reglamentarias necesarias para legitimar la actividad de aquellas que gocen del reconocimiento de sus comunidades como proveedoras de servicios de salud. Los Estados también deben apoyar la capacitación de nuevas parteras indígenas tradicionales a través de múltiples vías, como los períodos en prácticas y la transmisión oral de los conocimientos.

51. El Foro Permanente reitera las recomendaciones anteriores de que la oms, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el UNFPA, así como las organizaciones regionales de salud y los Gobiernos, incorporen plenamente en sus políticas y programas de salud y en sus servicios de salud reproductiva una perspectiva cultural que permita brindar a las mujeres indígenas una asistencia sanitaria de calidad, incluida la atención obstétrica de emergencia, la planificación familiar voluntaria y la asistencia cualificada en el parto. Deberían reevaluarse y ampliarse las funciones de las parteras tradicionales a fin de que puedan asistir a las mujeres indígenas durante sus procesos de salud reproductiva y servir de intermediarias culturales entre los sistemas de salud y los pueblos indígenas.

Finalmente el Foro Permanente incluyó en sus recomendaciones a los estados parte en 2019 un llamado a garantizar la preservación, ejercicio y fortalecimiento de la partería indígena, e igualmente solicitó un estudio a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre el estado de la partería en la región.



## La Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS es el organismo especializado de Naciones Unidas para los asuntos de salud y la política sanitaria mundial. Entre sus declaraciones más históricas, habría que recordar la *Declaración de Alma Ata* de 1978 en la cual se reiteró el derecho a la salud para todos como un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud como un objetivo social sumamente importante en todo el mundo. En ese documento se planteó la importancia de impulsar la atención primaria a la salud en todos los países miembros y el papel de la comunidad y las parteras tradicionales como agentes locales en salud que coadyuvaban a los sistemas nacionales de salud. El mismo año se elaboró la *Estrategia de la OMS sobre la Medicina Tradicional* para rescatar, valorar e integrar la medicina tradicional como una parte importante y con frecuencia subestimada de los servicios de salud. Unos años más tarde, en 1985, se emitió la *Declaración de Fortaleza, Brasil "El Embarazo y Parto no son una Enfermedad"* con sus recomendaciones sobre el nacimiento (OMS, 1985) donde se señala que los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado y que los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre.

En 1993 La OMS en conjunto con UNICEF y el UNFPA elaboró el documento *Parteras Tradicionales* sobre el adiestramiento y el ejercicio de la partería, donde se menciona la necesidad de ser sensibles a las necesidades culturales y expectativas de las mujeres y sus familias. Otros documentos relevantes más recientes son: la *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005*, la *Declaración de Beijing*, adoptada en el Congreso de la OMS sobre Medicina Tradicional, Beijing (China) el 8 de noviembre de 2008, y la *Resolución EB124.R9 sobre medicina tradicional* emitida por la OMS en su 62ª Asamblea Mundial de la Salud, el 26 de enero de 2009, donde se establecen seis puntos relevantes:

- 1) A considerar la posibilidad de adoptar y aplicar la *Declaración de Beijing sobre Medicina Tradicional*, de conformidad con las capacidades, prioridades y circunstancias nacionales y la legislación nacional pertinente;
- 2) a respetar, preservar y comunicar ampliamente, según proceda, el conocimiento de la medicina, los tratamientos y las prácticas tradicionales, de forma apropiada y sobre la base de las circunstancias de cada país, así como de datos probatorios sobre seguridad, eficacia y calidad;
- 3) a formular políticas, reglamentos y normas nacionales en el marco de un sistema nacional de salud integral, para promover el uso apropiado, seguro y eficaz de la medicina tradicional;
- 4) a considerar la posibilidad, cuando proceda, de incluir la medicina tradicional en sus sistemas de salud, sobre la base de sus capacidades, prioridades y circuns-



tancias nacionales y la legislación nacional pertinente, así como de datos probatorios sobre seguridad, eficacia y calidad;

5) a seguir desarrollando la medicina tradicional sobre la base de las investigaciones y la innovación, tomando debidamente en consideración las medidas específicamente relacionadas con la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual; y

6) a considerar, cuando proceda, la posibilidad de establecer sistemas para calificar, acreditar u otorgar licencias a quienes practican la medicina tradicional, y prestar asistencia.

### Las ausencias

Finalmente, habría que mencionar algunas de las ausencias. En primer lugar, la OMS no ha emitido más recomendaciones o documentos normativos con respecto a partería tradicional desde 1993, mientras que la salud materna es uno de los ámbitos de estudio y política pública donde este organismo ha sido muy activo. Al parecer, las parteras tradicionales no se consideran ya como un recurso prioritario a impulsar o, por lo menos, a regular, dentro de la política de salud materna global.

Aún más llamativa es la ausencia de declaraciones, recomendaciones o lineamientos por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el organismo especializado de salud del sistema interamericano, afiliada a la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1949. La ops está dedicada a controlar y coordinar políticas que promuevan la salud y el bienestar en los países americanos, países donde las poblaciones indígenas tienen una presencia relevante e importante. En su publicación *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras profesionales* (ops, 2019) la partería tradicional ha sido excluida por completo. Habrá que esperar los resultados del estudio encargado por el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas a este organismo para entender y valorar su posición al respecto.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) es una agencia especializada de las Naciones Unidas que patrocinó programas de política demográfica en 1967. Desde la Conferencia de El Cairo de 1994, su objetivo es promover la plataforma de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres y de la niñez, trabajando en más de 140 países en políticas y programas en defensa de los derechos de las mujeres y las juventudes, incluyendo en el ámbito de la salud materna. El UNFPA se encarga de promover la *Estrategia Mundial de Partería 2018-2030*, en la cual destaca la promoción de la partería en los cuidados maternos y perinatales, como una atención de calidad, sin violencia, centrada en la mujer, respetando y promoviendo el parto fisiológico y evitando la hipermedicalización del evento. El UNFPA publicó varios informes globales sobre partería, en 2011, 2014



y el actual en 2021. Sin embargo, la Estrategia se centra en la partería profesional, sin mencionar, menos incluir, a las parteras tradicionales, sus saberes ancestrales y sus roles comunitarios, sobre todo en regiones indígenas. Al igual que los otros dos informes que lo antecedieron, el *Estado de las Matronas en el Mundo 2021* explícitamente enuncia que no contempla a las personas que asisten a “partos tradicionales” porque “muchas de ellas no cuentan con educación, formación o regulación formales”, aun cuando se reconoce que en varios países atienden una proporción significativa de partos y pueden prestar servicios comunitarios de relevancia (UNFPA, 2021, p. 2-3).

Este breve recorrido por declaraciones y documentos programáticos emitidos por organismos de Naciones Unidas que asumen el liderazgo en el desarrollo de políticas en salud materna y salud reproductiva, nos enseña cómo la partería tradicional está borrada del mapa. Lo anterior, implica que en el diseño y promoción de las grandes políticas en salud materna y perinatal, no se le considera como un recurso valioso y oportuno, jerarquizando los saberes y privilegiando a la formación escolarizada y profesional biomédica.

Así, encontramos que, con el tiempo se ha producido una escisión profunda entre partería profesional y partería tradicional, olvidando así que ambas comparten una misma filosofía de fondo con respecto al nacimiento. Al mismo tiempo, la revisión de estos documentos nos hace constatar que, en el seno de los organismos y las plataformas multilaterales, opera otra escisión en referencia a la partería indígena tradicional. Se le reconoce y se le promueve por ser parte de los saberes y prácticas culturales de los pueblos indígenas, pero se desconocen y se invisibilizan sus aportes técnicos y humanos como recurso en la salud materna. Vale subrayar que esta esquizofrenia no permite precisamente la armonización de plataformas programáticas como las que el Foro Permanente para las Cuestiones de los Pueblos Indígenas recomienda y promueve.



## Capítulo 2

### Las experiencias

# Latinoamericanasy de Canadá respecto a la partería indígena

Para esta revisión, se seleccionaron cuatro países latinoamericanos: Bolivia, Colombia, Ecuador y Guatemala, además de incluir a Canadá. Estos países presentan una o más de las siguientes características: presencia importante de poblaciones indígenas originarias; reconocimiento de la medicina tradicional dentro del marco jurídico nacional; relevancia y presencia de la partería indígena en la salud materna y en la atención de las mujeres indígenas; y/o reconocimiento jurídico y normativo de la partería indígena.

## Bolivia

En el caso de Bolivia se lograron solamente revisar instrumentos jurídicos, ya que no se tuvo acceso a otro tipo de documentos de corte cualitativo, para poder ver cómo aterriza el marco legal y normativo en el terreno de lo concreto y en el caso de la partería. Aun con esta limitante, el caso boliviano es interesante porque Bolivia es el país de América latina donde más esfuerzos se han hecho para integrar la medicina tradicional al sistema institucional de salud a partir del nuevo milenio.

La nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, proclamada y aprobada en referéndum en 2009, parte del reconocimiento del país como un estado plurinacional y unitario. En Bolivia, más del 40% de la población total de poco más de diez millones de habitantes, se autoadscribe como indígena (Censo, 2012), aun si otras fuentes colocan ese porcentaje a más del 62% (CEPAL, 2014). Considerando que alrededor de la mitad de la población boliviana es indígena, este reconocimiento es un paso importante. El texto establece el derecho a la autonomía y al autogobierno indígena, al mismo tiempo que se reconocen sus entidades territoriales y sus instituciones propias. Además, se reconoce la propiedad exclusiva indígena de sus bosques, lo cual implica que esta Constitución va más allá de un reconocimiento del multiculturalismo jurídico de corte neoliberal (Hale, 2006), para incluir los derechos colectivos y territoriales de los pueblos indígenas bolivianos.



La Constitución reconoce a la medicina tradicional como parte del Sistema Nacional de Salud, otorgando el reconocimiento a las prácticas y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos y reconociendo el ejercicio y las prácticas de la medicina tradicional en el país (Artículo 35). El Artículo 42 hace explícito el apoyo y promoción de la medicina tradicional. La Constitución de Bolivia también reconoce en su Artículo 45 el derecho de las mujeres a la maternidad segura, explicitando que ésta incluye una visión y una práctica intercultural.

Previo a la aprobación de la nueva constitución, pero en línea con lo ésta establece, se aprobó a nivel legislativo La Ley de Organización del Poder Ejecutivo y su Decreto Reglamentario del 2006, la cual atribuye al Ministerio de Salud y Deportes, “funciones específicas... [para] la revalorización de la medicina tradicional y la articulación de los diversos sistemas médicos en la organización y el funcionamiento de los servicios públicos de salud.”<sup>1</sup> Con el Decreto Supremo N° 28 631 se crea en 2006 el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, con la misión de “promover, proteger, velar por la preservación y fortalecimiento de las medicinas tradicionales, de acuerdo al conocimiento y sabiduría de las culturas originarias, transversalizar la temática de la interculturalidad en salud en el diseño e implementación de políticas públicas sectoriales del nivel central y en el nivel descentralizado, formular políticas de modo que se articulen con el sistema público de salud, en un modelo de gestión y atención con un enfoque intercultural en salud.”

Entre sus objetivos, el Viceministerio incluye tres que nos parecen particularmente relevantes: lograr el reconocimiento de las prácticas de la medicina tradicional en los diferentes servicios de salud; proteger el conocimiento de la medicina tradicional a través de la legislación de la propiedad intelectual; e implementar un modelo de atención de salud intercultural que complemente la medicina occidental con la medicina tradicional, promoviendo una efectiva interculturalidad en el proceso de salud.

Finalmente, entre sus funciones, se encuentran las siguientes dos: a) “incorporar prácticas de medicina tradicional en el sistema nacional de salud e implementar un sistema de registro y codificación de terapéutica tradicional y alternativa, e incorporarla a la farmacopea nacional de medicamentos”; y b) “acreditar los recursos humanos que llevan adelante la práctica de la medicina tradicional y establecer protocolos de normas y procedimientos de la asistencia sanitaria tradicional y alternativa.”

En el 2008 se implementó el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), el cual tiene por objetivo contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva. Propone la gestión comparti-

---

<sup>1</sup> La información y las citas acerca del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad provienen de la página web de la Biblioteca Virtual de Pueblos Indígenas, en:

<http://pueblosindigenas.bvsp.org.bo/php/level.php?lang-es&component=19&item=19>



da de la salud; pretende brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, la familia y la comunidad; aceptando, respetando, valorando y articulando la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios y campesinos. En este modelo las comunidades urbanas y rurales tienen la capacidad de identificar, priorizar, ejecutar y dar seguimiento a los planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud. Su finalidad es consolidar una visión nacional e intercultural, acorde a los intereses colectivos y no a los sectoriales o corporativos.

En el 2013 se promulgó la Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, para reglamentar el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana en el Sistema Nacional de Salud. La Ley persigue la regulación de la estructura, la organización y el funcionamiento de las instancias asociativas, consultivas, formativas y de investigación, así mismo se plantea ser vigilante de los derechos y deberes de las usuarias y los usuarios de la medicina tradicional ancestral en todas sus formas, modalidades y procedimientos terapéuticos. En general, se trata de una ley que busca la promoción y el fortalecimiento del ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral.

Finalmente es relevante mencionar que en el 2015 se instituyó el Subsidio Universal Prenatal por la Vida, dirigido a mujeres gestantes que no estaban registradas en ningún organismo Gestor del Seguro Social de corto plazo. Este apoyo tiene la finalidad de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad neonatal.

### Hallazgos y relevancia para México

A partir de la reforma constitucional y, en algunos casos, hasta de manera previa a su aprobación definitiva, se dieron cambios legislativos importantes en Bolivia en cuanto al reconocimiento explícito y la institucionalización de la medicina tradicional. La creación del Viceministerio de Medicina Tradicional implica colocar al tema con un rango de importancia alto dentro del aparato del estado boliviano; llama además la atención que la construcción de esta institucionalidad se de desde el Ministerio de Salud, lo cual es diciente del esfuerzo declarado de integración de los saberes, prácticas y formas de atención de la medicina tradicional al sistema institucional de salud.

Este punto queda claro por ejemplo, en las funciones atribuidas a este ViceMinisterio las cuales, por otro lado, llaman la atención porque expresan no solo la voluntad de integración, sino la intención de registrar y codificar sus recursos terapéuticos, establecer un sistema de acreditación de sus terapeutas y normar y protocolizar sus procedimientos curativos. Aun si no se explicita como tal en ninguno de los instrumentos jurídicos y programáticos mencionados, la partería tradicional indígena es parte de la medicina tradicional, por lo cual el camino escogido en Bolivia es su incorporación al sistema nacional de salud a partir de un reconocimiento pleno, pero encaminado y constreñido por la regulación del Estado.



## Canadá

Canadá es el país donde más se ha avanzado en la promoción de la partería indígena desde una perspectiva autonómica, al mismo tiempo que se ha integrado la partería profesional con las visiones, saberes y prácticas de la partería indígena ancestral. Por sus aportes y relevancia, el caso canadiense se revisa con mucha mayor profundidad y detalle, a partir de doce documentos entre leyes, manuales, informes gubernamentales y reglamentos. Cabe resaltar que gran parte de los documentos legales sobre la partería son de la década de los noventa y principios del siglo XXI, sin embargo mantienen su vigencia.

Por otra se incluyen documentos cualitativos (artículos, tesis e informes) que aportan información valiosa para conocer la situación actual de la partería indígena en Canadá y al mismo tiempo sirven para reafirmar la vigencia de las leyes y su impacto para las comunidades indígenas. Sumado a ello se revisaron diversas páginas electrónicas de organismos reguladores, asociaciones de parteras así como centros de maternidad o programas de partería indígena.

El Censo de población de Canadá de 2016, reportó que había casi un millón setecientos mil personas aborígenes en el país lo cual representa el 4.9% de la población total; la población indígena se divide en tres grandes grupos reconocidos por la Constitución del país de 1982: *Primeras Naciones*, *Inuit* y *Métis*. Las Primeras Naciones son definidas como *Indios* en la Ley Constitucional de 1982, una denominación que engloba a más de 600 naciones y pueblos diversos y más de 60 lenguas (IWGIA, 2021).

La situación actual de la partería indígena entre estas poblaciones no puede comprenderse sin considerar el impacto de la política de evacuaciones implementada por el Gobierno canadiense en la segunda mitad del siglo XX en las comunidades indígenas.<sup>2&3</sup> Dicha política consistía en que, bajo el argumento de atender la mortalidad materno infantil, las mujeres indígenas de comunidades remotas debían viajar solas a los hospitales semanas antes del embarazo para dar a luz (Grek, 2018). La disposición dio como resultado la pérdida de conocimientos en partería y la pérdida de poder de las mujeres embarazadas y sus familias para participar activamente en el parto (NACM, 2017). Por otro lado, posicionó a la ciencia biomédica como la única válida para la atención del embarazo frente a la partería de las mujeres indígenas que fue considerada insegura (Grek, 2018). Es importante mencionar que la

---

<sup>2</sup> La National Aboriginal Council of Midwives (NACM) en el informe *Rooted in our past looking to our future* del 2017 señala que optan por utilizar el término de partería indígena en lugar de partería aborígen ya que desde su perspectiva el término indígena permite a un individuo o comunidad autodeterminarse. Sin embargo, para referirse a las leyes y reglamentos seguirán usando el término aborígen tal como se les reconoce en los mismos.

<sup>3</sup> En una investigación realizada por Grek (2018) sobre la partería inuit en el Norte de Canadá se señala que la política de evacuación tomó carácter obligatorio en 1980.



mayoría de las mujeres embarazadas de comunidades rurales y aisladas en la actualidad siguen dejando sus comunidades tres o cuatro semanas antes del parto para dar a luz sin la compañía de familiares ( NACM, 2016).

La partería indígena en Canadá a nivel federal encuentra su respaldo jurídico en la Constitución de 1982 que en la Sección 35 reconoce y afirma los derechos aborígenes y los derechos de tratados existentes con los pueblos aborígenes. El reconocimiento constitucional sienta un precedente para los pueblos indígenas y la demanda de sus derechos al igual que la Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas que el gobierno canadiense reafirmó en 2016. Sin embargo, el reconocimiento de la partería indígena se ha dado en el marco de la regulación de la partería como una profesión de la salud más que como un derecho colectivo.

La Constitución de 1867 otorgó autonomía a las provincias para legislar sobre el establecimiento, mantenimiento y gestión de hospitales, propiedad y derechos civiles; en derechos civiles se incluye lo relacionado a las profesiones. La responsabilidad de planear, regular y gestionar fondos para la salud recae sobre las provincias, el Gobierno Federal por su parte sólo responde por la atención de grupos específicos como las fuerzas armadas o la población nativa (Valencia, 2009). La Ley de Salud de 1985 reafirma las atribuciones provinciales otorgadas en la Constitución de 1867 y establece criterios y condiciones generales para el financiamiento que provee la federación a las provincias. Por tanto, la regulación de la partería indígena debe revisarse en el marco de las leyes provinciales y territoriales.

A partir de la década de los noventa las provincias y territorios comenzaron a regular la partería como una profesión de la salud. Para establecer los estándares de la práctica han constituido organismos reguladores provinciales/territoriales que a su vez se articulan en el Consejo Canadiense de Reguladores de la Partería (Canadian Midwifery Regulators Council). El Consejo es una red de autoridades reguladoras provinciales y territoriales que establece competencias nacionales para la práctica profesional de la partería que son compatibles con las regulaciones provinciales/territoriales pero que no las sustituye (cmrc, 2020). También se han constituido asociaciones profesionales de parteras en cada provincia que son gestionadas por ellas mismas, sirven a sus intereses y son un medio para incidir en la política pública y promover la formación continua (Robinson, 2017).

La provincia de Ontario fue la primera en regular la partería profesional en 1994, Alberta lo hizo en el mismo año; Columbia Británica la reguló en 1998, Québec en 1999, Manitoba en el 2000, Territorios del Noroeste en 2005, Saskatchewan en 2008, Nueva Escocia en 2009, Nuevo Brunswick en 2010, Nunavut en 2011 y Newfoundland en 2016; todas excepto Nuevo Brunswick otorgaron financiamiento público. Por su parte, Yukon se encuentra en proceso de regulación (Robinson, 2017) y la Isla del Príncipe Eduardo no tiene iniciativas al respecto.

En las leyes de partería se incluyen cláusulas que protegen la partería como profesión, de tal manera que quienes usen el título sin cumplir los requerimientos de los organismos reguladores pueden hacerse acreedores de multas o hasta encarcelamientos como en el caso



de Nunavut. En ese contexto únicamente Ontario, Columbia Británica, Quebec y Nunavut incluyeron en sus regulaciones cláusulas que aluden a la partería indígena ( NACM, 2017). Estas cláusulas son un gran avance en cuanto al reconocimiento de la partería indígena, no obstante “el reconocimiento no siempre se traduce en accesibilidad” ( NACM, 2017, p.11).

A continuación revisaremos los cuatro casos.

## Ontario

La Ley de Partería de 1991 (Midwifery Act) no incluye una definición para la partería aborígen ni se enuncian los derechos colectivos de los pueblos aborígenes. En la Sección 3 se define a la partería como una profesión enfocada a la evaluación y seguimiento de la mujer durante el embarazo, parto y posparto, así como al recién nacido. Las funciones autorizadas para las parteras certificadas son, entre otras, realizar y solicitar pruebas de laboratorio, atención de partos vaginales normales y espontáneos, realizar episiotomías y amniotomías, reparar laceraciones, prescribir medicamentos autorizados, toma de muestras de sangre, etc.

La Sección 8 establece en la subsección 1 que ninguna persona puede usar el título de *midwife*, variación o abreviatura derivada de éste, a menos que sea una integrante del Colegio regulador, es decir que esté debidamente registrada. No obstante, en la subsección 3 se incluye una cláusula de excepción que indica que una persona aborígen que proporciona servicios de partería tradicional puede usar el título de partera aborígen (*aboriginal midwife*) o considerarse a sí misma como una persona calificada para ejercer como partera aborígen. Por tanto, las parteras aborígenes pueden ejercer en Ontario sin estar registradas y aunque la Ley de Partería no especifica su ámbito de aplicación, la Ley de Regulación de Profesiones de la Salud de 1991 (Regulated Health Professions Act) señala que las parteras aborígenes pueden ejercer prestando servicios de partería a personas aborígenes o a miembros de una comunidad aborígen.<sup>4</sup>

La cláusula de excepción proporciona a las parteras indígenas la capacidad de ejercer autónomamente fuera de la regulación, sin embargo, esto también implica ejercer sin financiamiento público. Si las mujeres indígenas desearan ejercer la partería profesional y recibir financiamiento la opción es culminar y aprobar un programa autorizado de licenciatura de cuatro años en la Universidad Laurentian, Universidad McMaster o la Universidad Ryerson y registrarse en el Colegio de Parteras de Ontario, órgano regulador provincial. Los programas universitarios cuentan con espacios reservados para estudiantes indígenas ( NACM, 2014).

---

<sup>4</sup> La cláusula de excepción para ejercer sin registro se debe principalmente a la demanda de las parteras aborígenes quienes redactaron una gran cantidad de informes dirigidos al gobierno federal para hacerle saber que no querían ser reguladas como una partera que está certificada, sino que deseaban seguir con sus prácticas (Blais, 2019).



En la Reserva de las Seis Naciones se ofrece un programa educativo de partería, que es relevante en lo que se refiere a su constitución. El programa educativo de cuatro años llamado *Tsi Non:we lonnakeratstha Ona:grahsta`Aboriginal Midwifery Training Program* se imparte en el Centro Materno Infantil de las Seis Naciones y es financiado por la Estrategia de Bienestar y Medicina Aborigen del gobierno de Ontario (AOM, S.f). Desde 1996 cinco parteras que trabajan bajo la cláusula de excepción brindan servicios de atención primaria a las mujeres durante el embarazo, parto, nacimiento y periodo post-parto desde un enfoque de medicina ancestral y biomédica. Al mismo tiempo forman a parteras aprendices que se gradúan como parteras aborígenes. El programa educativo es considerado un ejemplo de gobernanza comunitaria pues es la comunidad la que establece los estándares y supervisa la práctica de las estudiantes. Es coordinado a través del Consejo de las Seis Naciones, el Comité Asesor del Centro Materno Infantil y ancianos, s.f).<sup>5</sup> Es importante mencionar que no se encontró suficiente información respecto a si las parteras que trabajan bajo la cláusula de excepción como docentes son financiadas por la estrategia, así también el tipo de acuerdos con el gobierno provincial que permitieron la implementación del programa.

Con excepción de la experiencia anterior, desde que se reguló la partería hasta el año 2016 las parteras aborígenes sin registro no podían acceder a financiamiento en la provincia. Sin embargo, resultado de las presiones del Consejo Nacional de Parteras Aborígenes (NACM) y la Asociación de Parteras de Ontario (AOM) en ese año lograron que el gobierno provincial financiara programas de partería aborigen. A través del Ministerio de Salud y como parte de la construcción de la reconciliación con las primeras naciones y comunidades indígenas se obtuvieron, entre otras cosas, mobiliario y equipo y el salario de las y los trabajadores incluyendo a las parteras aborígenes que ejercen bajo la cláusula de excepción.

La Guía titulada *Introducción a los Servicios de Partería en Comunidades Aborígenes* dirigida a las comunidades aplicantes a dicho financiamiento estableció los parámetros para la solicitud y definió la partera aborigen como:

Una proveedora comprometida con la atención primaria de la salud que cuenta con habilidades para cuidar a las mujeres embarazadas, a sus bebés y sus familias durante el embarazo y las primeras semanas del periodo post-parto. Es una persona conocedora de todos los aspectos de la medicina de las mujeres, provee educación que contribuye a mantener a la comunidad y las familias saludables. Las parteras promueven la lactancia, nutrición y herramientas para la crianza. Una partera es una guardiana de ceremonias para los jóvenes como los ritos de pubertad. Es lideresa y mentora, y transmite los valores sobre la salud a la siguiente generación (NACM en:Ministry of Health and Long-Term Care, 2016a, p.3).

---

<sup>5</sup> Respecto al programa comunitario de partería aborigen de las Seis Naciones no se encontró información sobre su plan de estudios.



La definición anterior establece una clara diferencia entre la partería aborígen respecto a la partería profesional ya que se incluyen elementos como la familia y la comunidad. La Guía también establece que los servicios de partería en comunidades aborígenes pueden ser prestados por parteras registradas o parteras que ejercen bajo la cláusula de excepción, éstas últimas deben ser reconocidas por su comunidad y contar con habilidades y conocimientos para proveer cuidados de partería aborígen.

Las comunidades que deseen acceder al financiamiento deben incluir en sus propuestas: proveer servicios de partería culturalmente apropiados y culturalmente seguros para las mujeres, recién nacidos, familias y comunidad con enfoque tradicional y biomédico; proveer servicios holísticos que contemplen la promoción de la salud, prevención de enfermedades, menopausia, salud sexual, etc.; proveer un programa articulado con otros proveedores de la salud en el nivel primario, organizaciones y proveedores comunitarios; y proveer atención centrada en la persona, con información y fomento de la toma de decisiones.

El documento complementario titulado *Guía para requisitar el formulario de solicitud de Programas de Partería Aborígen* del 2016 señala que las parteras aborígenes que ejercen bajo la cláusula de excepción “no están capacitadas para servicios regulados como ordenar o recibir pruebas de laboratorio y ultrasonidos, recetar medicamentos, referir a las clientes a otros médicos especialistas o recibir privilegios hospitalarios” (Ministry of Health and Long-Term Care, 2016 b, p.6). Por tanto, en las solicitudes se debe especificar cómo se garantizará el empleo o contratación de parteras que presten esos servicios de tal forma que se privilegie la seguridad de las usuarias.

Lo anterior es importante de destacar puesto que la Ley de Partería no menciona atribuciones ni restricciones para quienes ejerzan bajo la cláusula de partería aborígen. Pero al excluirlas de la regulación al mismo tiempo no las faculta para realizar actividades autorizadas para parteras registradas. Esto complica la labor de parteras aborígenes que egresaron de programas de partería universitaria y que renunciaron a su registro para ejercer bajo la cláusula de excepción.<sup>6</sup>

De acuerdo a la AOM, el Ministerio de Salud ha otorgado subsidio a ocho programas de los cuales se encontró información para los siguientes en sus páginas oficiales en internet (Tabla 1).

Como se observa, en su mayoría, están constituidos por parteras indígenas que han cursado programas universitarios de partería. En las páginas oficiales de los programas no se especifica para todos los casos quiénes trabajan bajo la cláusula de excepción.

---

<sup>6</sup> Ejemplo de ello es el caso que expone la Asociación de Parteras de Ontario (AOM) sobre Cheryllee Bourgeois que renunció a su registro en el College of Midwives of Ontario, del que era integrante desde 2007 para continuar ejerciendo bajo la cláusula de excepción en SGMRT respaldada por la comunidad indígena urbana. El Ministerio de Salud se comprometió en subsanar la situación.



Nombre del Programa	Año de fundación	Servicios que ofrece	Cuenta con Programa educativo	Parteras que lo constituyen
Centro K'Tigaaning Midwives en Nipissing First Nation	2016	Brinda atención integral prenatal, parto y posparto a mujeres embarazadas, familias y comunidades en un entorno seguro y culturalmente apropiado desde conocimientos indígenas locales (Primeras Naciones).	No se especifica (N/E)	(2020) •Tres parteras graduadas de la Universidad de Ryerson. •Una partera indígena registrada •Una persona que no especifica la profesión.
Kenhté:ke Midwives en Tyendinaga Mohawk Territory	2012	Atención materna-neonatal culturalmente apropiada para las familias indígenas con enfoque tradicional y biomédico.	Modelo de formación para aprendices.	•Una partera Onkwehón (midwife), egresada del programa de partería comunitaria de Seis Naciones. •Una aprendiz de partería, cuenta con formación en Doula. •Dos aprendices de partería •Una trabajadora social y una trabajadora de maternidad
Onkwehon:we Midwives Collective en la Mohawk Nation en Akwesasne	2017	Servicios de partería tradicional y biomédica culturalmente segura. Se promueve la toma de decisiones informadas, la elección del lugar de nacimiento, la colaboración y el trabajo como proveedores de atención autónomos.	Programa de formación en partería Onkwehon:we iniciado en 2019 tiene una duración de cinco años bajo un modelo de "living classroom" adecuado al contexto indígena. Se gradúan con el título de "aboriginal midwife" y se emplean en el mismo centro.	•Una licenciada en antropología por la Universidad de St. Lawrence y la Escuela de Partería Birthwise en Bridgton, Maine. •Una partera graduada del Programa de partería de la Universidad de Laurentian.
Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre en London	N/E	Servicios de salud a las familias indígenas durante el embarazo, parto y posparto, promueven la lactancia, crianza, y salud de la comunidad.	N/E	N/E
Seventh Generation Midwives Toronto (SGMT)		Servicios de partería durante el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y hasta las seis semanas del periodo posparto. Prestan servicios en el área metropolitana Con atención a familias indígenas.	En este centro había 14 mujeres indígenas recibiendo entrenamiento como parteras (Blais, 2019). No se especifica si son estudiantes universitarias de partería o sólo estudiantes del centro.	•Se integra de parteras indígenas y no indígenas. La mayoría están registradas en el Colegio de Ontario y son integrantes activas de la Asociación de Parteras de Ontario. •Entre las integrantes una partera métis que renunció a su registro en 2018 para trabajar bajo la cláusula.

Tabla 1



## Quebec

La Ley de Partería de 1999 no incluye un concepto de partería indígena ni se enuncian los derechos colectivos de los pueblos indígenas. Las funciones autorizadas para las parteras profesionales se enlistan principalmente en la Sección 6 e incluyen: proveer de atención y servicios profesionales de salud a la mujer durante un embarazo normal, trabajo de parto y nacimiento; así también proveer a la mujer y el recién nacido atención profesional hasta las seis semanas del periodo posparto; detección de anomalías, atender partos espontáneos, realizar amniotomías y episiotomías y reparar laceraciones; en una situación de emergencia extraer placentas y aplicar técnicas de reanimación; asesorar e informar sobre la lactancia, planificación familiar, crianza y anticoncepción; prescribir o administrar medicamentos autorizados, así como prescribir, realizar e interpretar análisis clínicos autorizados, entre otros.

Con respecto a la partería indígena la Ley señala que ninguna persona que no esté registrada como *midwife* puede realizar las funciones para parteras autorizadas en la Sección 6; pero dicha disposición no aplica cuando se actúa bajo un acuerdo entre el Gobierno y una Nación nativa, comunidad nativa o grupo de comunidades que permiten a una persona que no es integrante del organismo regulador realizar las funciones autorizadas en dicha sección en el territorio definido en el acuerdo y en sintonía con las condiciones establecidas en el mismo. Por tanto, si existiera el acuerdo entre el gobierno y alguna comunidad podría permitirse a las parteras indígenas ejercer sin estar registradas. Sin embargo, la NACM en un informe del 2014 señalaba que no se había firmado ningún acuerdo todavía, por tanto, debido a que no existen servicios de partería aborígenas suficientes muchas mujeres de las Primeras Naciones viajan para dar a luz en hospitales fuera de sus hogares y de sus comunidades. De igual manera con la Nación Cree al Norte de Quebec se ha promovido la creación de un programa de partería, pero hasta ese mismo año aún no se concretaba.

En ese sentido las mujeres indígenas para ejercer tienen la opción de estudiar y aprobar un programa universitario de cuatro años en La Universidad de Quebec en Trois-Rivières (uqtr), estar registradas en otra provincia o estudiar un programa internacional autorizado, para luego certificarse como parteras profesionales en La Orden de Parteras de Québec (osfq), órgano regulador provincial.

Al igual que en Ontario, en Quebec existe un programa de partería indígena comunitario en Nunavik llamado en la lengua inuit como *Nutarataatitsijingita Ilisarningata Aulagusin-ga* (INIA). Este programa surge antes de la regulación de la partería en la provincia. De acuerdo a Epoo, Stonier, Van Wagner y Harney (2012) el programa comunitario fue fundado en 1986 por parte del Inuulitsivik Health Centre y activistas locales en la búsqueda de devolver el parto a las comunidades de la Bahía de Hudson de Nunavik. Para ello establecieron centros de nacimientos comunitarios, primero en Povungnituk, Nunavik, en 1986, luego se abrieron dos centros más: Inukjuak en 1996 y otro en Salluit en 2004. Estos centros llamados *Maternities* implementaron el programa educativo para parteras inuit, esto fue posible, según la autora, porque Nunavik negoció un acuerdo de autogobierno y autonomía política



en 1978 llamado *James Bay and Northern Quebec Agreement*. Si bien, los servicios de salud son proporcionados por la provincia de Quebec, Nunavik tiene la capacidad de influir en el proceso de desarrollo y prestación de los servicios.

Para el éxito del programa fue trascendental que se constituyó desde el principio con la participación de parteras inuit que ejercían antes de la política de evacuación, ancianas inuit, así como con la participación de parteras del Sur de Quebec que contribuyeron a elaborar un plan de estudios considerando el contexto local. Se reclutaron estudiantes de la comunidad hablantes de la lengua inuitut. Antes del 2008 las parteras trabajaban mediante una licencia de partera comunitaria para ejercer en Nunavik (Epoo, et. al., 2012). Después de esa fecha el organismo regulador de Quebec reconoció el programa y emite certificaciones a sus egresadas.

De acuerdo a Epoo et. al. (2012) se pueden destacar las siguientes características del programa:

- La selección de estudiantes inuit se realiza a través de un comité integrado por líderes de la comunidad/ancianos, parteras y estudiantes. Se seleccionan de dos a cuatro estudiantes por centro.
- Las estudiantes se incorporan a los centros como empleadas y al mismo tiempo cursan los módulos educativos.
- El plan de estudios se basa en competencias que se adquieren mediante módulos de aprendizaje y tiene una duración de cuatro a cinco años. Las competencias son consistentes con los programas universitarios de la provincia.
- El programa combina conocimientos de la partería inuít así como conocimientos biomédicos.
- El aprendizaje se plantea a partir de los casos clínicos que se presentan día con día. Las estudiantes acompañan a las docentes en la atención de mujeres y sus bebés. Participan en evaluaciones clínicas de mujeres embarazadas y recién nacidos, en la atención durante el embarazo, parto y post parto, atención a la salud sexual, planificación familiar y en salud comunitaria, detección de riesgos y traslados.
- Las estudiantes consultan a ancianos y líderes de la comunidad.
- La metodología de enseñanza recupera la forma de enseñanza oral inuit, basada en la experimentación y la práctica: "being shown rather than told". Se utilizan recursos como talleres, tutorías, storytelling, aprendizaje basado en problemas, etc.



- El ritmo y orden de aprendizaje son individualizados de acuerdo a los diferentes estilos de aprendizaje, trayectorias y experiencias de cada estudiante.
- Cada estudiante lleva un portafolio permanente de los módulos completados y un checklist de habilidades y técnicas que debe aprender conforme se presentan las situaciones clínicas.
- Una o dos veces por mes las estudiantes se reúnen con sus tutoras para una revisión individualizada del checklist de habilidades y los aprendizajes de los portafolios.
- Un día a la semana se hacen reuniones de aprendizaje en grupo.
- Trabajan en conjunto con un Comité de Revisión Perinatal integrado por parteras, líderes de la comunidad, estudiantes, enfermeras, y médicos para discutir el plan de atención y lugar de nacimiento más adecuado.
- Al final del programa las estudiantes debieron haber dado seguimiento al embarazo, parto y atención post-parto a un mínimo de sesenta mujeres y a sus bebés. Y participar en un mínimo de cuarenta partos como segunda asistente.
- Al final son evaluadas por un comité donde se revisa el cumplimiento de los módulos de aprendizaje, el check list de habilidades, nacimientos, certificaciones en Emergency Skills, Neonatal Resuscitation y Cardiopulmonary Resuscitation (cpr) y la aprobación de un examen final. Una vez superados todos los requisitos se envía un informe resumido al organismo regulador provincial como evidencia de la graduación y se solicita el permiso para ejercer en Quebec.
- Las graduadas trabajan como parteras “midwives” (Epoo, et. al. 2012, p.290).
- Las competencias a adquirir están en sintonía con los programas de partería de la provincia y se pueden mencionar, entre otras, proveer atención respetuosa, paciencia, proveer atención en inuitut, realiza e interpreta pruebas diagnósticas necesarias, transfiere a otros profesionales de la salud cuando sea necesario, realiza planes prenatales, intraparto y posnatales, promueve la elección del lugar de nacimiento, administra medicamentos autorizados y/o otros productos terapéuticos, mantiene la dignidad de la mujer en todas las situaciones, cuando sea necesario realizar episiotomías y pequeñas laceraciones, brinda apoyo a las familias durante el embarazo, prevención, diagnóstico y tratamiento de ets, nutrición, busca la sabiduría de ancianos y promueve la historia de la partería en Nunavik.



El Maternities ha sido un éxito rotundo al devolver el parto a las comunidades inuit de una manera culturalmente respetuosa. En 1983, las evacuaciones representaban el 91% de los nacimientos, pero con el uso de los centros de salud operados por parteras inuit esto había disminuido al 9% en 1998 ( NAHO, 2008, p. 48 en: Grek, 2018).

Es importante mencionar que el centro no recibe financiamiento especial para el programa de partería, estudiantes y docentes son pagados por el presupuesto del centro de salud. Por ello se requiere financiamiento para las parteras que trabajan como docentes (Epoo et. al. 2012).

Otro programa educativo en partería llamado Tulattavik con un plan de estudios similar al de Inuulitsivik se fundó en 2013 en Kuujuaq, Nunavik. Se enfoca en el aprendizaje desde la cultura inuit en áreas de la salud sexual y bienestar de la mujer ( NACM, 2014). En 2014 eran cuatro parteras las que brindaban atención y coordinaban el programa de formación. No se encontró información sobre el título bajo el que egresan del programa y si son certificadas por el organismo regulador. Dado que hasta esa fecha no existía acuerdo alguno con el gobierno provincial para que las parteras ejercieran sin registro, es probable que las parteras que ofrecen los servicios educativos estén registradas.

## Nunavut

La Ley de la Profesión de la Partería del 2008 no incluye una definición de partería indígena pese a que se constituye de población predominantemente Inuit; en su lugar, el Artículo 2 define el ejercicio de la partería como la aplicación de conocimientos, técnicas y valores en partería para evaluar, monitorear y proveer de atención sanitaria a mujeres embarazadas, recién nacidos y lactantes. En cuanto a las funciones, se señala en el Artículo 3 que una partera registrada está autorizada para: proveer de atención a la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y periodo post parto; detectar tempranamente los riesgos; referir, en caso de ser necesario, a otro profesional de la salud; monitorear el estado del feto durante el embarazo; atender partos vaginales; proveer de atención al lactante en las ocho semanas posteriores a su nacimiento; realizar, solicitar, recoger muestras e interpretar resultados de pruebas de laboratorio autorizados; realizar procedimientos quirúrgicos menores autorizados; recetar y administrar medicamentos y sustancias autorizadas; proporcionar asesoramiento sobre promoción de la salud, maternidad, cuidados del recién nacido y el lactante, planificación familiar y anticoncepción.

El artículo 6 señala que ninguna persona puede ejercer la partería excepto las personas registradas. La partería indígena se manifiesta en el numeral 6.1 que establece que el Ministerio debe desarrollar contenido instruccional basado en los conocimientos de la partería tradicional Inuit para programas de formación y actualización en partería y para el desarrollo de programas profesionales de partería. De igual manera el artículo 55 resalta que ninguna persona puede utilizar el término de *Registered Midwife*, una varia-



ción o abreviatura de ese título, o su equivalente en otra lengua a menos que esté debidamente registrada. De lo contrario se puede hacer acreedor(a) a una multa o encarcelamiento.

Por tanto, en la Ley de Nunavut no existe una terminología especial para la partería indígena. Para ejercer la partería legalmente se debe aprobar el programa de partería del *Nunavut Arctic College* (NAC) o registrarse en otra provincia. El registro desde 2011 corre a cargo del Nunavut Registration Committee. Las egresadas son consideradas como proveedoras autónomas empleadas por el Departamento de Salud (NACM, 2014).

El programa de partería del Arctic College de Nunavut combina el conocimiento occidental y tradicional e introduce a los estudiantes a las prácticas culturales, espirituales y tradicionales de las parteras inuit (NACM, 2014). Inicialmente el programa de partería se había contemplado para el centro de nacimientos de Rankin Inlet en 1996, un centro fundado por la demanda de las comunidades; sin embargo, las dificultades para reclutar y la retención, así como el enfoque y preparación de las parteras del sur no resultaron favorables, por tanto se consideró que lo más viable era trasladar la responsabilidad del programa del centro de maternidad al Nunavut Arctic College y colocar a las parteras en un marco regulatorio para una práctica segura (James., O'Brien., Bourret., Kango., Gafvels y Paradis-Pastori, 2010).

El Colegio ha graduado a varias parteras pero la formación es limitada y de pequeño alcance (Grek, 2018). Por ejemplo, el centro de nacimientos Rankin Inlet hasta el 2014 solo tenía una partera graduada del Arctic College, la mayoría de las parteras seguían siendo del Sur, no indígenas y sin las competencias culturales y lingüísticas deseadas por la comunidad (Rogers, 2014, en: Grek, 2018).

De acuerdo a notas periodísticas el programa de partería del Arctic College fue suspendido en 2014 debido a la falta de financiamiento.<sup>7</sup>

## Columbia Británica

El caso de Columbia Británica resulta muy interesante, es la única provincia que incluye una definición de partería indígena y de pueblos indígenas. En el Reglamento de Partería de 2008<sup>8</sup> se señala que cuando se habla de indigenous se toma como referencia la sección 35 de la Constitución de 1982 y con respecto al término de partería indígena la define como:

---

<sup>7</sup> Ver: Nunatsiaq News (2021) Nunavut health minister speaks up about Inuit midwives who quit citing racism.

Disponible en:

<https://nunatsiaq.com/stories/article/nunavut-health-minister-speaks-out-over-inuit-midwives-who-quit-citing-racism/>

<sup>8</sup> El Reglamento del 2008 sustituye el reglamento emitido en 1995.



a) prácticas de partería tradicional indígena incluidas el uso y administración de hierbas tradicionales y medicinas y otras prácticas culturales y espirituales; b) prácticas contemporáneas de partería indígena las cuales se basan en, o se originan en, prácticas de partería tradicionales indígenas; c) una combinación de prácticas de partería indígena contemporáneas y tradicionales (Legislative Assembly, 2008).

La inclusión de la partería indígena es un avance para las demandas de las parteras indígenas; sin embargo, el desarrollo de las secciones en el reglamento se plantean desde la perspectiva biomédica.

En la misma sección se incluye una definición para la partería entendida como una profesión de la salud que provee durante el embarazo normal, parto, nacimiento y el periodo posparto servicios como: evaluación, monitoreo, y cuidado de pacientes; asesoría y apoyo a las personas, incluyendo asesoría sobre el cuidado de recién nacidos y lactantes; realización de episiotomías y amniotomías; servicios de anticoncepción durante los 3 meses posteriores al nacimiento, entre otros.

En la sección 3 se señala que el uso del título de *midwife* es exclusivo para personas registradas y la Sección 4 apunta que una persona registrada que es indígena puede ejercer la partería indígena. La sección 5 establece que sólo las personas registradas pueden ejercer la funciones autorizadas para las parteras, pero que dicha disposición no aplica para las personas indígenas que ejercían la partería indígena antes del 15 de marzo de 1995.

De lo anterior se puede interpretar que la posibilidad de ejercer la partería indígena es como persona registrada, por tanto, se entiende que para registrarse se debe cumplir con los requisitos establecidos como estudiar un programa de partería; sin embargo no se detallan las funciones para la partería indígena, considerando que esta puede referirse solo a prácticas tradicionales, o a la combinación de prácticas tradicionales y contemporáneas. No existe legislación vigente para aplicar el título de partera indígena (NACM, 2017). Además, se entiende que las parteras indígenas que ejercían antes de marzo de 1995 pueden ejercer sin la necesidad del registro. No obstante, no hay información de parteras ejerciendo bajo esa disposición.

Las parteras indígenas que ejercen en Columbia Británica y que se identifican como indígenas están registradas, eso significa que probablemente aprobaron un programa de partería de cuatro años ofrecido en la Universidad de Columbia Británica (UBC), la cual tiene espacios reservados para estudiantes de procedencia indígena o se registraron en otra provincia.

Para las parteras indígenas la reciente Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del 2019 en la provincia es un instrumento sustancial para la partería indígena, ya que el Artículo 24 señala que los pueblos indígenas tienen derecho a sus medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales.



## El Consejo Nacional de Parteras Aborígenes ( NACM)

El Consejo Nacional de Parteras Aborígenes ( NACM), adherido a la Asociación Canadiense de Parteras (CAM), es clave en la revitalización de la partería indígena. En 2016 la NACM tenía un registro de 62 parteras integrantes del Consejo autoidentificadas como indígenas ejerciendo en todo el territorio canadiense, de las cuales 35 trabajaban en Ontario, 11 en Quebec, 6 en Columbia Británica, 4 en Manitoba, 3 en Nunavut, 2 en Territorios del Noroeste y 1 en Alberta. De las 65 parteras, 49 trabajaban como parteras registradas y 11 bajo la cláusula de excepción en Ontario y se desempeñaban en centros de maternidad que brindan atención a comunidades o personas indígenas, así como en centros que imparten programas educativos de partería indígena.

En ese contexto, la NACM tiene el firme propósito de que en cada comunidad aborígen haya una partera aborígen brindando servicios de salud reproductiva y así las mujeres embarazadas recuperen el poder sobre sus cuerpos, al mismo tiempo que se devuelve el parto a las familias y comunidades. De igual manera la NACM apela a la mejora de los servicios de salud, teniendo en cuenta que las comunidades indígenas carecen de servicios de salud de calidad. Pero para que sus objetivos se transformen en realidad se requiere formar a personas indígenas para el ejercicio de la partería indígena, lo que implica la urgente necesidad de crear programas de partería con enfoque indígena o extender los ya existentes. Para la NACM los programas comunitarios de Nunavik y Seis Naciones son ejemplos de gobernanza comunitaria.

Una de sus demandas es el reconocimiento federal de la partería para así generar políticas de apoyo (NACM, 2017). Lo anterior debido a que el gobierno federal es responsable de la salud de las primeras naciones e inuits, pero el hecho de que la partería no esté reconocida como profesión a nivel federal pone trabas al financiamiento. El papel de la NACM con el apoyo de las asociaciones de parteras ha sido sustancial para esa labor de revitalización, ejemplo de ello es el caso de Ontario al obtener financiamiento para parteras que ejercen bajo la cláusula de excepción.

Las demandas de la NACM sobre la expansión de la partería indígena tienen como respaldo el informe *Llamados a la Acción* (2015) de La Comisión de la Verdad y la Reconciliación que establece recomendaciones a los gobiernos federal, provincial y territoriales para reparar el daño ocasionado contra las niñas y niños de los pueblos aborígenes en los internados escolares, producto de las políticas de asimilación, colonización y, finalmente, genocidio. De estos llamados se destaca el número 22 dirigido a los responsables de la toma de decisiones en el Sistema de Salud canadiense a reconocer “el valor de las prácticas de salud aborígen y el uso de éstas en el tratamiento de pacientes aborígenes en colaboración con curanderos aborígenes y ancianos donde sea solicitado por pacientes aborígenes” (2015, p. 3) y el llamado número 43 que solicita a los gobiernos adoptar y aplicar plenamente la Declaración sobre Derechos de los Pueblos Indígenas de la ONU.



## Hallazgos y relevancia para México

La revisión extensa y profundizada del caso canadiense nos permite identificar algunas pautas de su propio proceso que podrían ser de interés para México. Es necesario primero resaltar que en Canadá la partería indígena está en proceso de revitalización, combinando la medicina indígena y la medicina occidental. Esta revitalización es impulsada, principalmente, por parteras indígenas que egresaron de programas universitarios y que están adheridas a la NACM. Estas parteras, entrenadas en los conocimientos de la biomedicina y reconocidas profesionalmente por el Estado y su marco legal y normativo, reivindican la importancia y vigencia de los saberes y prácticas ancestrales, como una parte importantísima de su propia identidad cultural y diferenciada de la sociedad canadiense en su conjunto.

De la experiencia canadiense se pueden identificar aspectos que han sido fundamentales para el proceso de revitalización de la partería aborígen: primero, la capacidad de organización de las parteras aborígenes mediante la NACM y su demanda de devolver el parto a las comunidades que ha dado frutos como en el caso de Ontario; los acuerdos de autonomía política entre los gobiernos federal y provinciales con las comunidades indígenas que han permitido una gestión comunitaria de la partería y han recuperado sus procesos formativos como el caso de Nunavik; la importancia del financiamiento para la ejecución de los proyectos y la remuneración de las actividades de las parteras ejerciendo desde la autonomía; y la voluntad política de los gobiernos en turno para promover la partería aborígen. Estos aspectos nos dan pistas acerca de condiciones y circunstancias favorables que podrían ser relevantes para la preservación de la partería indígena de nuestro país.

## Colombia

Colombia aprobó una nueva Constitución en 1991, en la cual se reconocieron los derechos colectivos y territoriales de los pueblos indígenas y afrocolombianos como pueblos étnica, histórica y culturalmente diferenciados. De acuerdo al Censo de población y vivienda de 2018, la población indígena engloba a casi dos millones de habitantes, de un total de poco más de 48 millones de colombianos. A su vez, la población que se autoadscribe como población negra, afrocolombiana, raizal o palenquera, asciende a casi 4.7 millones, lo cual corresponde al 9.3% de la población total. De acuerdo al Informe anual 2021 del IWGIA, la población indígena colombiana se distribuye entre 115 pueblos diferentes, de los cuales 6 de cada diez residen en 717 resguardos de propiedad colectiva.

En la Constitución de 1991, el Estado colombiano reconoce y protege la diversidad étnica y cultural del país (artículo 7) y se obliga a proteger las riquezas culturales de sus pueblos (artículo 8). Al mismo tiempo, se enuncian los derechos colectivos de los pueblos indígenas, derechos enmarcados en el reconocimiento a las autonomías territoriales. Por un lado, se declara que las tierras colectivas de los pueblos indígenas y los resguardos son inalienables, imprescriptibles e inembargables (artículo 63) y, por el otro, se re-



conocen sus propios sistemas de justicia con las autoridades indígenas facultadas a ejercer funciones jurisdiccionales en sus territorios, de acuerdo a sus normas y procedimientos (artículo 246).

El artículo 43 tutela los derechos de las mujeres, en especial su protección durante la maternidad, estableciendo que “la mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia.”

El Artículo 70 hace mención del deber del Estado, en promover y fomentar el acceso a la cultura de todas y todos los colombianos en igualdad de oportunidades, a través de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional”. Se expresa que “la cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad”, se remarca que el Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las personas que conviven en el país, y se declara que una de las obligaciones es promover la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la nación. Este artículo da paso más adelante a reconocer a la partería afrocolombiana como patrimonio cultural del pueblo colombiano y de la Nación.

La Ley 1833 tiene como objeto crear la Comisión Legal para la Protección de los Derechos de las Comunidades Negras o Población Afrocolombiana, con el fin de asegurar la protección de los derechos colectivos e individuales en el mejoramiento de sus condiciones y calidad de vida a partir de la gestión legislativa, institucional, organizativa, y el control político que realicen los Congresistas afrocolombianos a través de esta Comisión Legal. La finalidad de esta comisión es laborar y presentar propuestas legislativas que garanticen los derechos generales y especiales de las comunidades negras o población afrocolombiana, acorde a la Constitución Política y a los tratados internacionales que reconocen a los pueblos afrocolombianos su especial protección.

Las normas de igualdad de oportunidades para las mujeres se encuentran en la Ley 823 del 2003, la cual enuncia los derechos reproductivos en su artículo 6º y menciona, entre otros muchos aspectos, que el gobierno diseñará programas para prevenir y reducir la morbilidad y mortalidad femenina relacionadas con la salud sexual y reproductiva, incluyendo a la salud materna. Además, esta Ley reitera que la mujer gozará de la especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo y después del parto, dando especial atención a las mujeres no afiliadas a un régimen de seguridad social. La Ley no menciona al tipo de atención que los servicios públicos de salud materna deberán ofrecer a las mujeres, ni tampoco se menciona a los servicios de partería.

La Ley 1438 de 2011 tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado,



las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud. Esta Ley incluye dos aspectos que son relevantes para esta revisión. El primero es en referencia a la prestación de servicios de atención primaria a la salud donde se menciona el principio de la interculturalidad, explicitando que ésta incluye las prácticas tradicionales en la salud. El segundo es la reafirmación del objetivo de disminuir la incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil y demás enfermedades de interés en salud pública. Esta ley responde al llamado que hace el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, el cual a su vez incluye el objetivo de reducir las inequidades en salud existentes entre pueblos indígenas, negros y afrocolombianos.

Este Plan fue desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en la estrategia de atención primaria en salud, y buscando un proceso efectivo de participación social, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales. La resolución 1841 declara que el plan sería implementado y ejecutado por las entidades territoriales, las entidades administradoras de planes de beneficios, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con los demás sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud. En particular, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021 enuncia que en 2010, casi el 99% de los partos en Colombia ocurren dentro de instituciones formales de salud y una misma proporción es atendido por personal calificado, la enorme mayoría (9 de cada diez partos) por personal médico. El Plan también declara como un logro que la atención por parteras haya disminuido de 2.7% a un 0.8%.

En ninguno de estos documentos se contempla a las matronas o parteras tradicionales como recurso valioso para la salud materna y perinatal, aun cuando el enfoque que se promueve es la atención primaria a la salud (que es el nivel de la atención donde operan las parteras tradicionales) y se busca fomentar la participación comunitaria y de la ciudadanía en su implementación.

La Ley 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud y dicta otras disposiciones a partir de principios básicos entre los cuales se encuentra la interculturalidad. Esta ley proclama que los diferentes agentes del sistema de salud deberán ser respetuosos de las diversas culturas y se menciona que en relación a los pueblos indígenas, el “Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (pespi).” En ningún momento, se mencionan a las parteras tradicionales como parte de ese sistema indígena de salud.

En 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 3280 en la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para el establecimiento de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación. En este lineamiento, se establece el requerimiento mínimo de perfil profesional para la atención del parto de bajo riesgo, especificando que el personal médico y de enfermería



tiene dichas atribuciones, pero “sin perjuicio de que puedan incluir perfiles adicionales que, de acuerdo con las condiciones territoriales y socioculturales, consideren pertinentes”. En los lineamientos de cómo conformar y fortalecer las redes familiares, comunitarias y sociales, se menciona la articulación de los Agentes de la Medicina Tradicional (amt), como las parteras, al sistema de salud y se planean actividades que incluyen:

- Identificación de las redes sociales para la salud materna y perinatal que pueden colaborar e interactuar con redes de servicios de salud.
- Apoyo en la organización o fortalecimiento de redes sociales y comunitarias de apoyo para la salud materna y perinatal en los diferentes entornos.
- Espacios de construcción de saberes y generación de respuestas entre las instituciones sectoriales, los agentes de la medicina tradicional, como parteras o médicos tradicionales, que promuevan prácticas sociales y de salud relacionados con la maternidad y paternidad y el reconocimiento de la maternidad, el parto y el posparto como situaciones de especial protección.
- Identificar recursos humanos y materiales existentes que permitan conformar y movilizar redes de apoyo a la gestante y su familia en el territorio.

En el último trimestre del embarazo se menciona que se tiene que valorar críticamente la evolución del mismo y establecer un plan de seguridad ante posibles complicaciones. Aquí se menciona que: *En contextos rurales y étnicos en los que la gestante prefiera hacer uso de médicos tradicionales o parteras, se deberá dar información para la activación del sistema de referencia y transporte comunitario en caso de signos de alarma. En la atención del parto y la atención al recién nacido se menciona que el nacimiento debe darse en el ámbito de las instituciones de salud, pero se reconoce que esto “no siempre ello es posible o recomendable por dificultades de acceso o por usos y costumbres en el marco de población étnica”*

El Ministerio de Salud y Protección Social emitió recientemente la Resolución 2626 de 2019, por medio de la cual se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), en reemplazo del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y modifica la Política de Atención Integral en Salud (país). Cuenta con un foque diferencial que busca adaptar las atenciones en salud y las formas de prestación de los servicios en condiciones de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, mediante la adecuación sociocultural de los servicios dirigidos a personas y colectivos en condición de vulnerabilidad. Facilita los procesos participativos y sistemáticos de armonización entre la oferta institucional y las necesidades, saberes, tradiciones, lenguas y formas organizativas de las diversas poblaciones. Este nuevo modelo pretende unificar los elementos y acciones que proporcionen el desarrollo de planes, programas, proyectos, normas, documentos técnicos y ejecuciones concretas.



En la organización jurídica colombiana, los distintos Ministerios del Ejecutivo tienen la prerrogativa de emitir reglamentaciones en formato de decretos y resoluciones. Estas reglamentaciones establecen medidas que decreta un ministerio para el diseño y la ejecución de políticas específicas. Se trata de normativas o reglas que dicta ese ministerio de acuerdo a sus facultades. El Ministerio de Cultura tiene las atribuciones para promover el patrimonio cultural de la nación y decidir y decretar en qué consiste ese patrimonio a través de su inclusión en la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial; la inclusión de un bien patrimonial inmaterial o una manifestación cultural tangible o intangible conlleva necesariamente el desarrollo de un Plan de Salvaguardia “orientado al fortalecimiento, revitalización, sostenibilidad y promoción de la respectiva manifestación” (Decreto Único Reglamentario 1080 del Sector Cultura, 2015).

En 2017 y como resultado del cabildeo de la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (ASOPARUPA), el Ministerio de Cultura emitió la Resolución 1077, para incluir en la Lista de Patrimonio Cultural a los “Saberes asociados a la partería afro del Pacífico” como manifestación cultural a protegerse y fortalecerse. En la misma resolución se incluye el Plan Especial de Salvaguardia (PES) asociado.

Se declara así la partería de esta región como Patrimonio Cultural de la Nación, especificando que La partería afropacífica conforma un sistema de conocimientos y técnicas sobre el cuidado del cuerpo y el uso de plantas, que han desarrollado principalmente las mujeres de la región del Pacífico colombiano para atender el ciclo reproductivo de la mujer y para diagnosticar y tratar enfermedades de las comunidades en general. Se reconoce que en este contexto, han desarrollado un conocimiento especializado sobre el cuerpo y los diferentes ciclos reproductivos de la mujer, como la menstruación, el manejo de la fertilidad y la infertilidad, la atención y acompañamiento durante el embarazo, la atención y concepción del parto y el posparto, el manejo de la menopausia y el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, malestares o síntomas. Además, se remarca el vínculo estrecho que las parteras establecen con sus comunidades y sus contribuciones en el fortalecimiento de los valores comunitarios. En síntesis, se decreta que las parteras tienen conocimientos sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y las prácticas de autocuidado, lo cual les permiten hacer una lectura amplia y vincularse con sus comunidades y las percepciones locales sobre la vida, el territorio, la salud, el ambiente y la construcción de las personas. En este sentido, sus saberes no se restringen al cuidado del cuerpo físico, sino también de los cuerpos como espacios de interacción de las personas con su entorno y con su comunidad.

La resolución incluye la identificación de problemáticas que las parteras afro del Pacífico colombiano están enfrentando y que incluyen tanto obstáculos externos, como internos. Entre los primeros, se mencionan la relación difícil, de subordinación y a veces de franco hostigamiento por parte del Sistema de salud biomédico, el hecho de que las parteras no están autorizadas a registrar los nacimientos atendidos, el desconocimiento de algunos sectores comunitarios de su trabajo y la relevancia de su trabajo, el contexto de la violencia y el conflicto armado, y la pobreza y las difíciles condiciones de vida de las parteras. Entre



las amenazas internas, se identifican a la falta de organización y la desarticulación de las parteras y las dificultades en las transmisión de saberes y el relevo intergeneracional.

El PES fue elaborado en conjunto con Asoparupa e incluye las siguientes líneas estratégicas de acción: el fortalecimiento organizativo interno, una mejor articulación interinstitucional e intersectorial, la construcción permanente de saberes, la vinculación comunitaria, la búsqueda de alternativas económicas locales para la supervivencia de las parteras y una clara estrategia de comunicación.

### Hallazgos y relevancia para México

El caso colombiano presenta paralelos interesantes con la situación que viven las parteras tradicionales indígenas en México, al mismo tiempo que ofrece un camino para el fortalecimiento de la partería indígena que vale la pena explorar y aprender de ello.

De manera parecida a lo que sucede en México, el Ministerio de Salud y, en general, el sistema nacional de salud en Colombia no consideran a las parteras tradicionales como un recurso humano relevante y valioso para la atención materna y perinatal, la cual se conviene que es de responsabilidad directa del Estado y se declara que debe organizarse y llevarse a cabo dentro de las instituciones formales de salud. Las parteras no son consideradas personal calificado o apto para la atención del embarazo, el parto y/o el recién nacido, la atención por parteras se interpreta como un rezago del pasado y se considera que la atención biomédica institucionalizada es el objetivo del sector en cuanto a atención prenatal, obstétrica y posnatal.

En la normatividad de salud materna y perinatal que se revisó, se llegan a reconocer la existencia y presencia de las parteras tradicionales en contextos “étnicos”, pero no como prestadoras de servicios de salud materna y perinatal, aun si en lo concreto ese es el papel que ellas desempeñan. El rol que les atribuye el sistema nacional de salud es de actrices comunitarias que participan en las redes organizativas locales en promoción de la salud materna y perinatal, pero con funciones restringidas a la educación e información en salud y por sus vinculaciones locales. Aquí también encontramos una situación muy parecida al caso mexicano.

Por otro lado, en Colombia se ha emprendido un camino interesante de promoción y defensa de la partería tradicional como patrimonio cultural nacional. En el desarrollo y los instrumentos construidos para esta estrategia, llama mucho la atención el análisis de las problemáticas que se identifican en el Plan Especial de Salvaguardia, porque son las mismas que las parteras indígenas enfrentan en México: la relación de subordinación con el sector salud, el desconocimiento de sus aportes en la salud materna, la imposibilidad de registrar nacimientos, el franco hostigamiento del cual son objeto por parte de cierto personal de salud, la pobreza que enfrentan las parteras y la falta de remuneración digna a cambio de su trabajo y las dificultades de transmitir sus saberes a nivel intergeneracional.



Al mismo tiempo, son llamativas las estrategias que se han identificado en el pes para lograr un fortalecimiento sustantivo de la partería afrocolombiana en el Pacífico; estrategias que bien son aplicables en México en el trabajo con las parteras indígenas de nuestro país.

La inclusión de la partería como patrimonio cultural nacional que merece como tal ser protegido, es resultado de un fuerte trabajo organizativo y de cabildeo. Este camino se desarrolla dentro del ámbito de la cultura y no de la salud, y como parte de los derechos colectivos de los pueblos. Se trata de un camino interesante y con potencialidades que crea antecedentes en América latina que bien podrían ser un ejemplo a seguir. Sin embargo, se trata de una estrategia que también presenta limitaciones; la más importante se refiere a que se reproduce aquí la escisión que mencionamos ya en el caso de las políticas promovidas por organismos multilaterales, donde la defensa y fortalecimiento de la partería indígena se organizan como manifestaciones de la cultura y de saberes ancestrales, pero sin reconocer la valía de estos conocimientos y prácticas como un recurso importante, relevante y oportuno en la salud materna. Todo parece indicar que es más fácil concebir, promover y defender a la partería como un saber ancestral cultural que lograr la transformación de los sistemas institucionales de salud biomédicos en cuanto al establecimiento de una política realmente intercultural en la salud materna.

## Ecuador

Ecuador tiene una población de 17 millones y medio de habitantes, de los cuales poco más de un millón se consideran indígenas. En el país se reconocen 14 nacionalidades indígenas que se organizan en el nivel local, regional y nacional, y cuya expresión más conocida es la CONAIE. Una cuarta parte de la población indígena vive en la Amazonía ecuatoriana; además hay población Kichwa en la Sierra de los Andes, y otros pueblos originarios en la Costa y las Islas Galápagos (IWGIA, 2021). Como nos recuerda el informe 2021 del IWGIA, no obstante la nueva Constitución de 2008 en donde se reconoció la naturaleza plurinacional del Ecuador, la situación en la que versan las poblaciones originarias dista de ser ideal: “Hasta el presente y luego de más de ocho años de vigencia de la nueva Constitución y veinte años de ratificado el Convenio 169 de la OIT en el país, no existen políticas públicas específicas y claras que prevengan y neutralicen el riesgo de desaparición de estos pueblos” (*Idem*).

La revisión del Marco Normativo y Legal de Ecuador consistió en la lectura de documentos legales y normativos, entre ellos Leyes, Guías, y Manuales, que van desde la Constitución del 2008 como base fundamental de la partería indígena hasta el Manual de Articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud del 2015, el cual es un documento clave en cuanto a la relación propuesta desde el Estado entre las parteras y el sistema de Salud. Por otro lado, se revisaron algunos documentos cualitativos que abordan aspectos de la implementación del Manual desde su emisión hasta el año 2021.



## El reconocimiento de la partería en Ecuador

La base para el reconocimiento de la partería indígena se encuentra en la Constitución de la República del Ecuador del 2008 la cual establece como principio de convivencia ciudadana el *sumak kawsay*, el buen vivir en la diversidad y armonía con la naturaleza. El artículo primero reconoce la conformación intercultural y plurinacional del país, así como las bases fundamentales de la política pública. Los derechos de los pueblos indígenas se consagran en el artículo 56 que reconoce que “las comunidades, pueblos, y nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas forman parte del Estado ecuatoriano, único e indivisible”. Por otro lado, es importante mencionar que no se incluye un concepto de derechos colectivos, aun si el artículo 57 consagra 21 derechos colectivos entre los cuales se destaca por su relevancia en este contexto el numeral 1 y 12:

1) mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización social; (...)

12) mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; (...) sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora. Se prohíbe toda forma de apropiación sobre sus conocimientos, innovaciones y prácticas (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2008, pp. 41-42).

La constitución de 2008 establece que todo programa del sistema de salud debe plantearse desde el enfoque de la interculturalidad y por tanto las parteras ancestrales son fundamentales en la salud materna por la labor que realizan en las comunidades para la salud de las mujeres, recién nacidos y las familias. Aunque no se incluye una definición de partería indígena el reconocimiento de la identidad, las tradiciones ancestrales, las ciencias y saberes ancestrales, las medicinas y prácticas de medicina tradicional, los conocimientos de las propiedades plantas, animales y minerales constituyen el marco legal para el ejercicio de la partería.

El Artículo 358 establece que el sistema de salud se guiará de acuerdo al principio de interculturalidad y el Artículo 360 establece que promoverá la “complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas” y que la prestación de la atención en salud, de acuerdo al Artículo 362, se prestará mediante aquellas entidades que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y comunitarias, entre otras. Los postulados anteriores son relevantes puesto que serán recuperados en manuales en adelante.

En el año 2008 el Ministerio de Salud Pública (MSP) emitió la *Guía técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Esta Guía, obligatoria para el Nivel i y ii de los servicios de salud, se enfoca en la mejora de la calidad de atención a la salud sexual y reproductiva adecuando los servicios de salud a la diversidad cultural de la población de tal forma que se



incida en la reducción de la mortalidad materno-neonatal a partir de la adecuación del parto intercultural en esos niveles del sistema de salud.

La guía no incluye una definición de derechos colectivos de los pueblos indígenas, pero enuncia, tomando como referente la Constitución de 1998, la conformación multiétnica y pluricultural de Ecuador, el reconocimiento de las prácticas y conocimientos de medicina ancestral, el derecho al fortalecimiento de la identidad y las tradiciones, entre otros. Es importante resaltar que el marco legal se fundamenta principalmente en instrumentos nacionales e internacionales sobre mortalidad materna y neonatal y el derecho a la salud sexual y reproductiva.

Los cambios que se proponen dentro del sistema biomédico para la adecuación cultural del parto son: a) mejora del trato interpersonal por parte de los proveedores de salud hacia la usuaria y sus familiares, este debe ser cordial y respetuoso con su realidad social y cultural; b) el derecho de las mujeres al acompañamiento durante el parto; c) posición del parto según la comodidad de la mujer; d) derecho al abrigo y vestimenta de acuerdo a su cosmovisión; e) alimentación; f) información; y g) entrega de la placenta. En los anteriores la intervención de las parteras puede darse en el derecho al acompañamiento de una persona, ya que esta persona puede ser un familiar o no. Pero no se menciona claramente si pueden atender los partos.

La guía señala que la práctica de los prestadores de servicios tradicionales en el parto no institucional “no ha sido legitimada por las autoridades del MSP y provoca criterios encontrados en lo que a su aceptación se refiere, por lo que, el rol que se les atribuye dentro del Sistema Nacional de Salud, aún no se encuentra definido y es un tema no resuelto” (MSP, 2008, p. 39).

La definición del rol de las parteras se aterriza en el *Manual de articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el sistema nacional de salud* del 2015 del MSP. El título define el objetivo del manual, el cual es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud del primer nivel.

El Manual no define los derechos colectivos de los pueblos indígenas, pero retoma el Convenio 169 de la OIT; el artículo 56 constitucional que reconoce la existencia de las comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas; y el artículo 32 que garantiza la salud bajo el principio de interculturalidad. También retoma el artículo 362 constitucional que dispone que la atención a la salud se prestará, entre otras, a través de entidades comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales y el artículo 363 que establece que el Estado será responsable de garantizar las prácticas ancestrales de salud mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus saberes, medicinas e instrumentos.

El Manual establece que la relación entre el Estado del Ecuador y los pueblos indígenas en lo que respecta a la salud es de *horizontalidad*, de esa manera se acata el mandato constitucional de la transversalidad de la interculturalidad así como el reconocimiento de la pluri-



nacionalidad. En ese sentido, la construcción del Estado plurinacional en salud garantiza un diálogo entre los sistemas de medicina ancestral de los pueblos y nacionalidades y el sistema de salud convencional. Con respecto a la partería ancestral se señala que se busca “la articulación horizontal y cooperativa entre la partería ancestral y la medicina biomédica en el escenario comunitario y del servicio de salud del primer nivel de atención” (MSP, 2015, p.9). Se concibe a las parteras como aliadas en la reducción de la muerte materna.

El Manual define la partería ancestral en su glosario de términos como un elemento clave de la atención sexual y reproductiva, materna y neonatal, un conjunto de saberes que se transmite de generación en generación relacionados con el cuidado de las mujeres embarazadas, el parto, postparto y cuidado de niños recién nacidos; a las(os) parteras/os se les define como:

**Pakarichik-mama** (partera/o ancestral): "La madre que hace amanecer, la madre que hace nacer". Mujer, o en algunos casos hombre, dedicado a la partería al interior de las comunidades. Es la persona que conoce ampliamente la Salud Sexual Reproductiva de las familias, consejera nutricional y acompañante permanente en todo el proceso de pre-parto, parto y post-parto de las mujeres así como también del cuidado en el crecimiento de los niños y niñas. Domina varias ramas del saber como la medicina energética básica, medicina herbolaria básica, espiritualidad ancestral, nutrición en base a productos nativos de la región, riesgos obstétricos, ritualidad del parto, entre otros. La partera es la persona de mayor confianza de las mujeres de la comunidad y presta sus servicios en lugares donde no llega la medicina convencional" (MSP, 2015, p. 14).

Las parteras se definen en el contexto de las familias, las comunidades y la cosmovisión. También, se destacan los siguientes elementos relevantes en la relación del sistema de salud institucional con las parteras ancestrales.

**1. Proceso de legitimación-certificación.** Es el proceso mediante el cual el quehacer de una partera ancestral es autorizado por su comunidad y el Ministerio de Salud para el ejercicio de las actividades relacionadas a la partería. Se identifican los siguientes pasos:

*a) El proceso de postulación o búsqueda,* mediante el cual el personal de salud comunica a la comunidad el procedimiento para la legitimación comunitaria y certificación institucional, y a través del cual se identifican a parteras nuevas y a las que han sido legitimadas previamente para formar parte del proceso.

*b) Legitimación comunitaria.* Consiste en la ratificación del buen desempeño de las parteras por parte de la Asamblea de la comunidad. La Asamblea con presencia de las familias a quienes las parteras han brindado servicios, verifica el cumplimiento de los requisitos como por ejemplo tener diez años de experiencia, hablar la lengua local y ser reconocida en la comunidad y posteriormente de manera colectiva y consensuada procede a la legitimación. La Asamblea extiende el



acta de legitimación con duración de cinco años, después de ese periodo si la partera lo desea puede volver a renovar mediante el mismo procedimiento.

c) *Certificación institucional (capacitación)*. El proceso de certificación por parte del MSP se constituye en dos etapas, primero el personal de salud debe cursar una capacitación vía online en cosmovisión e interculturalidad y medicina tradicional antes de iniciar el proceso de capacitación a parteras. Segundo, las parteras legitimadas por su comunidad son registradas en el centro de salud y posteriormente deben tomar capacitaciones en temas de salud sexual y reproductiva, derivaciones de mujeres embarazadas, cuidado de recién nacidos, complicaciones obstétricas, riesgos, entre otros.

d) *Certificación institucional (evaluación)*. Mediante una evaluación oral por un comité integrado por el responsable de interculturalidad, el Responsable de Calidad de Servicios de Salud, y el profesional de salud sensibilizado en partos en libre posición, las parteras deben “demostrar” sus conocimientos en el reconocimiento de señales de alarma y aspectos sobre la atención del parto seguro en el marco de la partería ancestral. Luego la partera debe firmar el Código de Ética.

e) *Entrega del Certificado*. Se entregará un certificado de reconocimiento y un carnet a las parteras que aprueben la evaluación y que se adhieran al Código de Ética. El certificado autentica a la persona como partera legitimada y articulada al Sistema Nacional de Salud.

De este proceso se puede destacar la participación de la comunidad como primera instancia en el reconocimiento/legitimación del trabajo de las parteras. Sin embargo, en la capacitación se desdibuja la interculturalidad como principio del Sistema de Salud consagrado en la Carta Magna y la horizontalidad queda en segundo plano cuando las parteras se ven obligadas a tomar las capacitaciones (que no se especifica en qué lengua se impartirán) y ser evaluadas por integrantes del MSP, mientras el personal institucional solo debe tomar una capacitación online. Aunado a ello, el Manual no especifica la metodología de los talleres con relación a las características de las parteras, como su edad y nivel educativo.

**2. Mecanismos de articulación de la partería ancestral en el sistema biomédico.** El Manual propone:

a) *Diálogo de saberes entre el personal de salud y las parteras*, los cuales deben desarrollarse considerando los principios de horizontalidad, pro-común, reconocimiento de los bienes tangibles e intangibles de las comunidades, y el fortalecimiento de la partería ancestral. Los diálogos de saberes, además de promover el intercambio entre parteras y personal de salud, son una oportunidad para el intercambio entre parteras experimentadas y parteras aprendices. El equipo de salud puede impartir temas como por ejemplo: derechos sexuales y reproductivos, derecho al parto en libre posición, plan de parto, contrarreferencia,



reanimación del recién nacido, prevención y promoción de la salud, uso de campana de pinard, etc. Las parteras por su parte pueden desarrollar temas desde su cosmovisión acerca de: plan de parto, complementariedad, derechos de las mujeres, salud sexual y reproductiva, salud ancestral, planificación familiar, procedimientos de parto, nutrición, enfermedades relacionadas a la salud sexual y reproductiva, manto, señales de peligro.. En este punto no se aclara si los temas fueron generados en conjunto con las parteras o si fueron determinados por el Ministerio de salud. Por otro lado, el Manual establece y asume las formas de transmisión de saberes entre parteras experimentadas y aprendices en el sentido de que será a través de los diálogos. No se expone algún mecanismo de apoyo aparte para la formación de las parteras de manera más autónoma.

b) *Actividades extramurales a realizarse de manera coordinada con las parteras en las comunidades, por ejemplo, en la promoción de la salud y salud sexual y reproductiva, coordinar reuniones, participar en el plan de parto y censo obstétrico, así como acciones para disminuir la mortalidad. La participación en estas acciones se plantea de manera voluntaria.*

c) *Derivación y contrareferencia comunitaria.* La partera derivará a las mujeres al establecimiento de salud para el control prenatal, atención del parto y control post-parto. El personal de salud realizará contra-referencia reportando los procedimientos realizados y recomendando atenciones por parte de la partera. En el Manual la derivación para la "atención del parto" es ambigua ya que no explica si se deben derivar a todas las mujeres embarazadas para la atención del parto o solo las de alto riesgo.

d) *Atención del parto institucional por parteras/os.* Las parteras podrán acompañar y atender partos institucionales sólo si la mujer embarazada lo desea y siempre y cuando el control del embarazo se haya dado en los establecimientos de salud. En esos casos el personal de salud hará un acompañamiento respetuoso e intervendrá sólo en caso de alguna complicación. Pero:

"el manejo del alumbramiento estará a cargo del personal de salud, de acuerdo a la normativa vigente (...) el personal de salud que acompaña el parto será el encargado de llenar, registrar y firmar en la historia clínica, hoja perinatal y formulario del recién nacido vivo la atención del parto, dejando constancia en los mismos que el parto fue atendido por partera ancestral articulada" (MSP, 2015, p. 23-24).

También se enfatiza que los partos institucionales atendidos por parteras serán retribuidos por las usuarias en el marco de la cosmovisión y respeto "ranti-ranti" (reciprocidad).

**3. Retribución del Estado a las parteras.** La retribución será no monetaria a las parteras ancestrales, contemplando la capacitación continua, asegurar la movilización a las capacitaciones, más dotación de insumos. Lo anterior en un contexto en el que las parteras



asumirán actividades extramurales coordinadas con los servicios de salud que implican tiempo y recursos. La posibilidad de atender un parto fuera de la institución se expresa en el siguiente enunciado “en caso de un parto inminente la partera contará con un kit de insumos para atender el parto en la comunidad” (MSP, 2015, p.23), no obstante no se desarrolla qué se entiende por un parto inminente.

**4. Restricciones y limitaciones.** El Manual plantea algunas restricciones, por ejemplo, que las parteras aprendices pueden asistir a las capacitaciones y acompañar la atención a partos, pero no pueden recibir insumos, ni atender partos institucionales. Así también, para certificarse las parteras deben firmar un Código de Ética en el que se establece que no se autoriza realizar episiotomía, administrar fármacos, ni realizar tactos vaginales; todas ellas, disposiciones que marcan el límite entre la medicina occidental y la medicina indígena. Aunado a ello, la Guía del 2008 enlista propuestas de las parteras de cómo les gustaría ser incorporadas al Sistema de Salud y que no se recuperaron en el Manual de Articulación como por ejemplo atender partos en espacios habilitados dentro de los servicios de salud para así adquirir conocimientos de los saberes médicos, cumplir turnos institucionales rotativos entre parteras de comunidades en los servicios de salud, que se les acredite por medio de un carnet y que sean remuneradas por el trabajo. Lo anterior se entiende como espacios permanentes en los cuales puedan ejercer de manera rotativa brindando apoyo psicológico, apoyando en la traducción, evitando el maltrato, etc. El Manual dejó abierta la posibilidad de que las parteras atiendan partos institucionales pero solo cuando la mujer embarazada lo autorice y sin derecho a remuneración por parte del Ministerio.

Un estudio cualitativo realizado después de la publicación del Manual señala que en la práctica se siguen presentando situaciones, como ejemplo en el caso de las parteras muisne, donde se les ha prohibido el uso de hierbas, se les ha obligado a usar la bata, no se les ha permitido participar en el parto, o participar únicamente como observadoras (Pico, 2020). Así también, las medidas para articular los saberes tradicionales y occidentales propuestos en el manual inhiben la formación de nuevas parteras, de tal forma que algunas están dejando de ejercer porque no están de acuerdo con que el sistema de salud avale su conocimiento para darles el carnet (Pico, 2020). Brandão y Moral (2021) realizan un esbozo de las políticas para las parteras tradicionales en Ecuador desde el 2008 a la fecha y concluyen que se siguen presentando relaciones inequitativas de poder contra las parteras y se les incluye en la política de salud “pero de modo utilitario (...) para que refieran mujeres embarazadas a los hospitales y centros de salud” (p.376). Se han enfocado a capacitar a las parteras en “conductas adecuadas” hacia una “práctica moderna” y desde una perspectiva que privilegia el saber científico (Burbano, 2020).

Por último en cuanto a las acciones sobre salud materna y la participación de las parteras se destaca el *Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021* el cual no incluye a las parteras ancestrales en la estrategia, no obstante, plantea lineamientos que son afines a las actividades que ellas realizan, por ejemplo: el lineamiento 6 sobre garantizar el derecho a la información veraz, oportuna y a los servicios de calidad en anticoncepción y planificación familiar a la población en general y el lineamiento estratégico 7 sobre garantizar la maternidad segura y la salud neonatal a través de la promoción, prevención y atención integral



en salud. De igual manera uno de sus indicadores denominado “Porcentaje de establecimientos de salud que ejecutan actividades extramurales de promoción de la salud sexual y salud reproductiva” define las actividades extramurales como actividades de organización comunitaria involucrando a “actores sociales de la zona” (MSP, 2017, p. 86) para identificar, planear y trabajar sobre problemas y necesidades prioritarias de la población. Se contempla una “identificación y mapeo de actores” (MSP 2017, p.86), pero no se menciona a las parteras.

## Hallazgos y relevancia para México

Ecuador presenta un interesante caso de estudio en cuanto se ha avanzado en la integración de las parteras indígenas al sistema nacional de salud, estableciendo pasos, criterios e instrumentos para hacer posible dicha articulación. La integración de las parteras deriva de la misma Carta Magna, la cual reconoce el carácter plurinacional del país y establece que la interculturalidad en salud es un principio transversal dentro del sistema nacional de salud.

Los principios de la articulación entre parteras ancestrales y el sistema de salud institucional en Ecuador se plantean desde la interculturalidad, horizontalidad y respeto. El proceso de legitimación/certificación incluye a las asambleas comunitarias como espacio y mecanismo importante para reconocer el trabajo de las parteras, lo cual es un aporte importante en la búsqueda de formas más equitativas de articulación entre parteras indígenas y el Sistema Nacional de Salud. No obstante, este proceso sigue privilegiando la verticalidad a favor de la medicina occidental. Mientras los servicios de salud acompañan todo el proceso desde la legitimación en la comunidad, la participación de la comunidad termina cuando inicia el proceso de certificación de los servicios de salud, no se plantea alguna forma de representación comunitaria que acompañe las capacitaciones institucionales y el proceso de evaluación/certificación. De igual manera en los diálogos de intercambio de saberes no se definen los procedimientos bajo los cuales el personal de salud se capacitará de manera permanente en temas de interculturalidad y cosmovisión.

Aunado a ello y de manera parecida a el siguiente caso de Guatemala, la demanda de las mujeres a ser remuneradas no se incluyó, ya que se retribuye solo a través de capacitaciones y dotación de insumos. Las capacitaciones no deberían considerarse como una forma de pago ya que las parteras ancestrales al proveer servicios de atención de la salud de las mujeres, recién nacidos y familias contribuyen a garantizar los servicios de salud que también son una obligación del Estado.

Por último existen indefiniciones respecto a la referencia de las mujeres embarazadas a los servicios de salud para la atención del parto, pues no se explica qué partos pueden atender las parteras y cuáles no, o ¿deben referir todos los partos para su atención? En ese sentido es importante que para el caso de México se contemplen esos vacíos.



## Guatemala

El 44% de la población guatemalteca es indígena; lo anterior representa a 6.5 millones de un total de casi 15 millones de habitantes. Los pueblos indígenas “pertenecen a 22 pueblos Mayas (Achi’, Akateco, Awakateco, Chalchiteco, Ch’orti’, Chuj, Itza’, Ixil, Jacalteco, Kaqchikel, K’iche’, Mam, Mopan, Poqomam, Poqomchi’, Q’anjob’al, Q’eqchi’, Sakapulteco, Sipakapense, Tektiteko, Tz’utujil y Uspanteko), un Garífuna, un Xinca y un Creole o afrodescendiente” (IWGIA, 2021).

Los pueblos indígenas presentan condiciones diferenciales muy desiguales e inequitativas en cuanto a salud, educación, trabajo e ingresos en comparación con el resto de la población guatemalteca, situación que es resultado del racismo estructural, la exclusión social y las violaciones sistemáticas a los derechos de las poblaciones indígenas (*Idem*), aun cuando la Constitución reconoce la naturaleza pluricultural de Guatemala y se han ratificado los principales instrumentos jurídicos internacionales en cuanto a derechos de los pueblos indígenas (*Idem*).

La revisión del marco normativo y legal de Guatemala incluyó Leyes, Guías, Acuerdos y Manuales, de los cuales para este análisis se recuperan nueve por su relevancia y actualidad. Hay documentos previos como la Constitución de 1985 y los Acuerdos de Paz de 1995 que si bien datan de fines del siglo pasado son fundamentales para el reconocimiento de la partería, por ello se optó por incorporarlos.

### El fundamento para el reconocimiento de la partería indígena en Guatemala

El reconocimiento de la partería indígena en Guatemala tiene su antecedente en los postulados de la Constitución Política de la República de Guatemala de 1985. El artículo 58 de la carta magna “reconoce el derecho de las personas y de las comunidades a su identidad cultural de acuerdo a sus valores, su lengua y sus costumbres”. El artículo 66 por su parte reconoce que Guatemala está formada por diversos grupos étnicos entre los que figuran los grupos indígenas de ascendencia maya y afirma que el Estado “reconoce, respeta y promueve sus formas de vida, costumbres, tradiciones, formas de organización social, el uso del traje indígena en hombres y mujeres, idiomas y dialectos”. Aunque la partería indígena no se incluye de manera explícita, se reconoce como parte del derecho a la identidad cultural, las costumbres y las formas de vida.

Los Acuerdos de Paz entre el Gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) en la década de los noventa dejaron en la mesa demandas como el reconocimiento de la composición multiétnica, pluricultural y multilingüe del país y de los pueblos Garífuna y Xinca, junto al Maya, como pueblos indígenas. Respecto a la medicina indígena el *Acuerdo sobre identidad y derecho de los pueblos indígenas* de 1995 reconoce la importancia de la espiritualidad como componente esencial de la cosmovisión y de la



transmisión de sus valores. *El Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria* de 1996 resalta la importancia de la medicina indígena y tradicional, el estudio y rescate de sus concepciones, métodos y prácticas (Secretaría de la Paz, 2006).

La regulación del quehacer de las comadronas en Guatemala tiene sus antecedentes en el Decreto Gubernamental del 16 de abril de 1935 en el que se delega a la Dirección General de Servicios de Salud la atribución de conceder permisos a las comadronas para la atención del parto previa aprobación de examen. Así también, se estableció que cualquier comadrona que fuera convocada a capacitación y no asistiera, tenía prohibido atender partos (MSPAS, 2015). El Decreto No. 74 de fecha 9 de mayo de 1955 autorizó al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) extender certificados de autorización a las comadronas tradicionales para la atención del parto después de realizar un examen de aptitud (MSPAS, 2015). Sin embargo, la definición de las funciones de las comadronas con relación al sistema de salud institucional se plantea con mucha mayor fuerza en tiempos muy recientes en la *Ley de Maternidad Saludable* del 2010.

Esta Ley tiene por objetivo la creación de un marco jurídico para la mejora de la salud materno-infantil. Si bien la Ley no parte del reconocimiento de los derechos colectivos de los pueblos indígenas, el artículo 2 contempla como uno de sus fines “fortalecer el programa de Salud reproductiva y la Unidad de Atención de la Salud Intercultural (...) *respetando los métodos de atención a la salud tradicional de las culturas maya, xinca y garífuna*” (p.2); así también establece la importancia de “garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios maternoneonatales, incluida la planificación familiar (...) *respetando la pertinencia cultural y la ubicación geográfica de las mujeres guatemaltecas*” (p.2). Por su parte, el artículo 4 menciona como un principio rector de la Ley el “respeto a la interculturalidad: los servicios de salud materno-neonatal deberán prestarse garantizando el *respeto a la identidad cultural, valores y costumbres de las comunidades*” (p.3).<sup>9</sup>

La Ley de Maternidad recupera los principios de los Acuerdos de Paz, no obstante no expresa claramente cómo se tendría que aplicar el principio de la interculturalidad, ni lo define; respecto a la pertinencia cultural se mencionan algunas acciones como el derecho de las mujeres a recibir atención en su propia lengua (artículo 8), la libre posición del parto según lo prefiera la mujer, el derecho al acompañamiento en el parto y se propone la formulación de un protocolo sobre el parto vertical (artículo 9), la creación de casas maternas con pertinencia cultural para que las mujeres se hospeden cerca de hospitales CAIMI y CAP (artículo 13).

En cuanto al papel de las comadronas en la atención de la salud materno infantil el Artículo 17 sobre Proveedores comunitarios y tradicionales, establece que los proveedores comunitarios y tradicionales brindarán servicios de maternidad en el primer nivel de atención, aplicando normas y protocolos establecidos y apunta que:

---

<sup>9</sup> El cursivo es nuestro



En el caso de las comadronas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá formular, en coordinación con las Organizaciones de Comadronas, una política que incluya definición del rol de comadronas, sus funciones, el relacionamiento con los servicios de salud, así como establecer un programa de transición para la formación de comadronas capacitadas y certificadas a nivel técnico (Congreso de la República de Guatemala, 2010, p.4).

En la Ley de Maternidad se pueden identificar dos compromisos relevantes del MSPAS en relación con el reconocimiento de las comadronas: la formulación de un protocolo sobre el parto vertical y la definición del rol de las comadronas en la estrategia de atención a la salud materno-infantil; y retomando los principios de la Ley de Maternidad dichas acciones deben plantearse desde el respeto a la salud tradicional de los pueblos indígenas, la pertinencia cultural en los servicios de salud y la interculturalidad.

Respecto al protocolo sobre el parto vertical el MSPAS publicó en 2011 el Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural de Guatemala, el cual tiene por objetivo establecer lineamientos técnicos para la atención del parto natural-vertical y sus distintas posiciones en Guatemala, promover el parto vertical en los servicios de salud y crear el entorno habilitante (infraestructura, equipo, personal e insumos) para la adecuación cultural de la atención del parto y fortalecer el conocimiento del proveedor de salud en el respeto y empoderamiento de las mujeres respecto a su salud integral. Este documento enfatiza que responde a la Constitución Política de la República de Guatemala, los Acuerdos de Paz, el Código de Salud y la normativa internacional sobre derechos de los pueblos indígenas y de las mujeres.

Aunado a ello propone el intercambio respetuoso y dialógico de conocimientos, prácticas y procedimientos obstétricos así como cuidados del recién nacido con los pueblos Maya, Garífuna, Xinca y Mestizo para contribuir al desarrollo de un modelo de atención a la salud con pertinencia cultural. También recupera el principio de interculturalidad en la salud tomando como referencia el documento de Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas de OPS/OMS y se define como “la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de la salud, como una de las estrategias en el logro de la armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud oficial” (MSPAS, 2011, p.8), para luego recalcar: “es decir, la incorporación de la perspectiva, medicinas y terapias indígenas en los sistemas oficiales de la salud” (OPS/OMS, 2013, en MSPAS, 2011, p.8). Se establecen como áreas de acción para la aplicación del enfoque intercultural la armonización jurídica, conceptual y práctica; no obstante no se definen claramente los términos de la relación en cuanto a la disyuntiva entre autonomía y subordinación al sistema de salud institucional.

En cuanto a las comadronas el manual señala que una comadrona puede iniciar su trabajo al concebirlo como un Don, como respuesta a dificultades por las que ha pasado o como un anuncio a través de los sueños. Además son responsables de:



La atención a la mujer, generalmente a partir de que contrae matrimonio, en el momento de su primer embarazo para el diagnóstico, pronóstico, atención del parto y post parto. Al mismo tiempo se responsabiliza de las enfermedades que padecen las mujeres y los niños/as hasta los 9 meses, en algunos casos atienden hasta los tres años. En la salud preventiva realizan consejería a toda la familia sobre la salud de la mujer, cuidado y educación de los niños/as, las buenas relaciones familiares y principalmente de la pareja. Aconseja sobre cuántos hijos e hijas debe tener una familia; la dieta de la familia, principalmente la de los niños/as y mujeres en gestación (MSPAS, 2011, p.8).

Las funciones atribuidas a las comadronas en el Manual son relevantes pues van más allá de la atención antes, durante y después del parto a las mujeres embarazadas sino que también se extienden a la familia. Sin embargo, el papel que se les asigna en el parto vertical apenas tiene visibilidad pues se establece que éste se atiende “dentro de la Red de Servicios del Ministerio de Salud” (MSPAS, 2011, p. 16) y es “atendido por personal institucional” (MSPAS, 2011, p.16), pero con adecuaciones culturales para las mujeres embarazadas como el derecho a elegir la posición del parto (sentada, hincada, en cuclillas y otras), el acompañamiento de un familiar en el servicio y durante la atención del parto (punto en el que incluye que el/la acompañante puede ser una comadrona), la ingesta de alimentos adecuados a su cultura, baños calientes, elección del destino de la placenta, calidez en el espacio y el trato y la atención en su lengua, entre otros.

En ese sentido se puede identificar que, primero, la interculturalidad en el Manual está planteada dentro del sistema de salud institucional, no tanto entre los sistemas de salud indígena e institucional desde una relación de horizontalidad y de intercambio respetuoso, puesto que el parto vertical o culturalmente adecuado está pensado solo en los espacios institucionales y no se contempla como parto culturalmente adecuado el que es atendido en las comunidades por comadronas; segundo, el papel de la comadrona queda subordinado a la medicina occidental pues sólo figura como acompañante y preparadora de alimentos y el baño caliente; tercero, la multiculturalidad no se desarrolla en el manual, pese a que se menciona en el título; y cuarto, no se establece alguna relación con la Ley de Maternidad del 2010.

Aunado a ello en la sección donde se exponen ilustraciones gráficas de las posiciones en el parto, tanto para la mujer embarazada como para el personal de salud, se presentan contradicciones en cinco de éstas ya que indican las posiciones para el personal de salud pero quién aparece en escena es la comadrona. Ejemplo de ello es la siguiente imagen de la posición “en cuclillas” donde se indica que el personal de salud se colocará detrás de la paciente para realizar los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo, pero en la imagen se observa a una comadrona. (Ilustración 1)

Respecto al mandato de la Ley de Maternidad del 2010 sobre la definición del rol de las comadronas, sus funciones y el relacionamiento con los servicios de salud y la creación de un programa de formación de comadronas capacitadas y certificadas a nivel técnico, se retoma en la Ruta Crítica para la construcción de la Política Nacional de Comadronas del 2011



emitida por el MSPAS, la cual es una propuesta emanada de talleres y consultas con la participación de organizaciones de comadronas, asociaciones afines al tema y de diálogos con funcionarios/as del Ministerio de Salud y Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR).



Ilustración 1: Posición de cuclillas. Variedad posterior

Fuente: *Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical*, 2011.

Las demandas de las comadronas expresadas en la ruta crítica se recuperan en la *Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala 2015-2025* publicada en el 2015, de aplicación para todos los servicios de salud del territorio nacional, misma que fue producto de 33 diálogos en los que participaron las comadronas representativas de las 29 Direcciones de área de la Salud de los 22 departamentos de Guatemala, en coordinación con instituciones gubernamentales, sociedad civil y agencias de cooperación internacional.

La Política Nacional de Comadronas reconoce que Guatemala es un país multiétnico, multilingüe y plurinacional en el que cohabitan cuatro pueblos: Maya, Garífuna, Xinka o Mestizo. También respalda el quehacer de las comadronas en el Convenio 169 de la OIT, la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, así como en instrumentos internacionales sobre la salud sexual y reproductiva; en cuanto a instrumentos nacionales se respalda en la Constitución política en los artículos 58, 66, 93, 94 y 95 que establecen derechos sobre la salud, identidad cultural y protección de los grupos étnicos, así como en los Acuerdos de Paz.

La Política además de tener por objetivo la mejora de la salud materno-infantil persigue el reconocimiento del trabajo de las 23,320 comadronas registradas en Guatemala a favor de la maternidad saludable, el apoyo a sus comunidades, su disponibilidad en la comunidad y la atención que brindan en sexual y reproductiva (MSPAS, 2015). El reconocimiento, según la política, es de vital importancia ya que producto de la discriminación en los servicios de salud institucional, existen comadronas que no se acercan a los servicios de salud y no están registradas, el hecho de no registrarse ante el MSPAS “podría afectar el sub registro de él o la recién nacida pues hasta el momento, el RENAP requiere que la comadrona que atendió el parto, esté registrada y llene el certificado de nacimiento en los servicios de salud, para inscribir al recién nacido (MSPAS, 2015).”



En ese sentido el objetivo de la Política Nacional de Comadronas es:

Mejorar la salud materna neonatal por medio del fortalecimiento del sistema de salud, a partir del reconocimiento y la contribución de las comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala, con sus conocimientos y prácticas en favor de la salud materna neonatal en la comunidad, con base a un relacionamiento efectivo y respetuoso de los derechos culturales de los pueblos indígenas con el sistema de salud.

Resultado General, al año 2025, se habrá mejorado la salud materna neonatal comunitaria a partir del conocimiento y reconocimiento de los proveedores de salud de los saberes y prácticas de las comadronas y su articulación funcional y estructurada con el sistema de salud (MSPAS, 2015, p.21).

Entre los objetivos específicos se señalan los siguientes:

- a) Coadyuvar al cambio del imaginario social orientado a una convivencia armónica entre el sistema de salud y la medicina tradicional (...)
- b) Establecer los puntos de convergencia que favorezcan intervenciones efectivas en la atención materna neonatal entre el sistema de salud y la medicina tradicional que ejercen la comadronas.
- c) Propiciar las condiciones necesarias para la mejora en la calidad, calidez y pertinencia en los servicios del sistema de salud, vinculados a la atención materna neonatal como elemento fundamental, que favorezca la armonía y la complementariedad entre el personal de los servicios de salud, otras entidades y las comadronas en los diferentes niveles de atención.
- d) Fortalecer la participación activa de las comadronas, en concordancia con el sistema de salud como una de las formas fundamentales de reconocimiento del derecho al ejercicio de sus prácticas ancestrales y medicina tradicional, en los diferentes espacios de toma de decisión e interacción coordinada referente a la salud materna neonatal (MSPAS, 2015, p.21).

La política Nacional de Comadronas orienta a reconocer a las comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala en el marco de sus contribuciones a la sociedad, principalmente en la maternidad saludable a través de los siguientes ejes emanados de los diálogos con las comadronas:

- a) La Promoción y divulgación de los saberes de las comadronas; b) Establecer y fortalecer el relacionamiento de las comadronas con el sistema de salud nacional; c) Fortalecimiento institucional para la atención de la salud materna neonatal con pertinencia cultural; y d) Fortalecer la labor de las comadronas como agentes de cambio. (MSPAS, 2015, p.13)



En la Política cada eje propone resultados esperados, lineamientos y acciones que se recuperan en el documento titulado *Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala (2015-2025) Plan de Acción 2021-2025*. Este documento se elaboró después de la aprobación de la Política Nacional de Comadronas en 2015 con el fin de concretar en acciones y actividades la referida política. Es importante mencionar que el Plan de Acción 2021-2025 se desarrolló con la participación de representantes de las diferentes dependencias del MSPAS, que tienen directa vinculación con la atención materna, neonatal, infantil y con la labor que realizan las comadronas (MSPAS, 2020). No se aclara si las comadronas participaron en la elaboración del documento.

El Plan de Acción define a las comadronas como “mujeres indígenas con formación ancestral, caracterizándose por estar adscritas a un complejo sistema de selección y aprendizaje en el marco de la cosmovisión”(ASECSA, 2014 en: MSPAS, 2020, p.18). Así también se reconocen sus aportes :

- a) Orientación en salud sexual y reproductiva a las mujeres en cada una de las etapas de vida;
- b) Prácticas de salud preventiva, incluyendo consejería a toda la familia;
- c) Atención integral a las mujeres durante el embarazo, parto y después del parto;
- d) Dan masajes para facilitar el trabajo de parto;
- e) Auxilio en el uso de plantas medicinales y nutritivas, uso de temascal, manejo del equilibrio de frío-caliente, secreto de la placenta, ombligo, señales de la abuela luna;
- f) Atención integral al recién nacido/a, hasta cumplir los 13 años;
- g) Difusión de saberes y aprendizaje, porque transmiten su conocimiento ancestral a mujeres jóvenes y,
- h) Consejería a la madre, neonato e infante, en las prácticas y uso de plantas nutricionales ancestrales. (MSPAS, 2020,p. 33).

El Plan de Acción 2021-2025 establece el camino a seguir para que en el año 2025 se mejore “la salud materna neonatal comunitaria, a partir del conocimiento y reconocimiento de los proveedores de salud de los saberes y prácticas de las comadronas y su articulación funcional y estructurada con el sistema de salud” (MSPAS, 2020, p.22). En cuanto a las propuestas de actividades se recuperan las siguientes:

### **Eje 1. Promoción y divulgación de los saberes de las comadronas.**

Este eje propone, entre otras actividades, firmar convenios con las universidades para implementar un centro de documentación virtual de estudios e investigaciones sobre la salud y la medicina tradicional, realizar investigaciones que promuevan la atención integral de las prácticas de las comadronas en la salud materno-neonatal, promocionar la medicina tradicional, socializar experiencias e investigaciones sobre prácticas de comadronas en congresos.

### **Eje 2. Establecer y fortalecer el relacionamiento de las comadronas con el sistema de salud.**

Elaborar en conjunto con las comadronas un manual de intervenciones de comadronas en la atención materna neonatal en servicios de salud así como la socialización del mismo;



elaborar y desarrollar metodologías de diálogos entre comadronas y organizaciones locales para fortalecer las intervenciones del embarazo, parto y puerperio; hacer efectiva y activa la participación de comadronas en el Comité Distrital y Departamental de Análisis de Muerte Materna; y actualizar/socializar el Manual para capacitar a las comadronas en atención materna neonatal.

### **Eje 3. Fortalecimiento institucional para la atención de la salud materna neonatal.**

Formular e implementar lineamientos operativos de los cuatro ejes de la política de comadronas en el Programa Anual del MSPAS; facilitar mecanismos accesibles para comadronas en cuanto al registro de nacimientos para ello se socializarán los lineamientos para la emisión y uso del carnet de las comadronas, se actualizará el carnet y se implementará una base de datos en línea para identificar a las comadronas; diseñar e implementar una Guía Educativa de Interculturalidad en Salud para fortalecer el proceso de capacitación y formación del personal de salud; diseñar un manual de perfil de competencias de facilitadores interculturales y lingüísticos en salud; diseñar y actualizar las normas y guías de atención integral en salud del primero y segundo nivel con pertinencia cultural y enfoque intercultural; realizar diagnósticos identificando las brechas para la adecuación y mantenimiento de las salas de parto natural/vertical.

### **Eje 4. Fortalecer la labor de las comadronas como agentes de cambio.**

Desarrollar intercambios de conocimientos y saberes entre comadronas y sus comunidades, elaborar e implementar un programa sociocultural para fortalecer el liderazgo de las comadronas; elaborar e implementar un programa de pasantías para comadronas en el segundo nivel de atención con énfasis en salud materno neonatal; y desarrollar e implementar una herramienta para identificar a comadronas interesadas en ser alfabetizadas.

Todas las actividades anteriores se realizarán entre el año 2021 y 2025. Cabe mencionar que el rol de las parteras en los servicios de salud está por definirse en el Manual que se elaborará en conjunto con las comadronas. Aunque es importante resaltar que el Plan de Acción 2021-2025 dejó fuera propuestas de las parteras que se expresaron en la construcción de la Ruta Crítica del 2011 como:

- Conformación de una organización de comadronas desde la cosmovisión y simbolismo cultural de los pueblos indígenas, así también la creación de un órgano de representatividad de las comadronas a nivel nacional que participe, se articule y coordine con el MSPAS.
- Gestión jurídica para la viabilidad de incentivos a comadronas. Posibilitar firma de convenio para estímulo económico y de proveer insumos para su trabajo en la atención de la maternidad saludable.



Las anteriores son indispensables para la actividad de las comadronas. La primera permite la defensa y demanda de derechos, así como la capacidad de influir en la política pública con más fuerza, y la segunda es una demanda económica legítima de las parteras al valorar el tiempo y el trabajo invertido en el ejercicio de y sus implicaciones la partería indígena para sus vidas y sus familias, en un contexto en el que las parteras contribuyen con los servicios de salud en la atención de la salud materno-infantil.

De manera paralela al proceso de reconocimiento de las comadronas, el MSPAS publicó el *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2021-2025*. La participación de las comadronas se destaca en el Eje estratégico 2 “Red de Servicios de salud integrados, brindando atención con calidad, calidez y pertinencia cultural”. Este eje tiene el objetivo de brindar atención con calidad a las mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio, favorecer la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y “promover la participación social para y en la salud materna y neonatal, por medio de actores civiles, comunitarios y autoridades gubernamentales” (MSPAS, 2021, p.15). En el último objetivo no se menciona directamente a las comadronas. Pero la línea estratégica 2, del mismo eje, sobre la participación multisectorial para la maternidad saludable establece en el inciso C:

c). Fortalecimiento de las acciones y actividades que incorporan a las comadronas en acciones en favor de la maternidad saludable: según la ENSMI (12) 2017, el 65% de los partos son institucionales y del 35% restante, 29% son atendidos por comadronas tradicionales. Este porcentaje de partos asistidos por comadronas tradicionales es un promedio nacional, pero al ver datos de varios departamentos y primordialmente de municipios con dificultades de acceso, esta cifra alcanza niveles superiores al 80%. Ante el conocimiento de que las comadronas juegan un papel importante en la salud comunitaria y con ello en la salud materna, hace necesario que la salud pública estreche vínculos con ellas, lo cual se inicia con el reconocimiento de su importancia dentro de los sistemas de salud y, además, por medio del “intercambio de saberes” cuyo beneficiario final es la madre y el neonato. Dentro de la red de servicios del MSPAS se debe considerar el favorecer el parto culturalmente adecuado por medio de facilitar la asistencia de dicho evento a las comadronas en sus instalaciones (CAIMI y CAP) donde personal calificado apoya con estrategias como el MATEP, el manejo oportuno de complicaciones y una referencia más pronta de ser requerido (MSPAS, 2021, p. 17-18).

El Plan señala la importancia del reconocimiento de la labor de las comadronas “dentro del sistema de salud” y la posibilidad de “asistir” el parto culturalmente adecuado en las instalaciones de salud y aunque asigna al personal de salud el papel de “apoyo” en la atención del parto, la palabra “asistir” no otorga claramente a las comadronas el poder de atender el parto. Por otro lado, el Plan tiene como meta que al menos 70% de los partos sean atendidos institucionalmente lo que alerta sobre la posibilidad de que las comadronas dejen de atender partos domiciliarios para referirlos/acompañarlos en los espacios institucionales.



## Hallazgos y relevancia para México

Guatemala es un país profundamente indígena y, al mismo tiempo, profundamente desigual, donde el racismo sistémico en contra de los pueblos, las mujeres y las parteras indígenas es pan de cada día. En ese contexto, no sorprende que el reconocimiento de la partería indígena no parta de la plataforma de los derechos colectivos de los pueblos indígenas, sino de una constatación realista del papel concreto y activo que ellas cumplen en la salud materna y neonatal en el país.

La articulación que el Estado guatemalteco y, en particular, el Ministerio de Salud y el sistema nacional de salud establecen con las parteras indígenas deriva necesariamente de la fuerza numérica y la magnitud de la atención materna que desempeñan las comadronas en este país. En un contexto donde los pueblos indígenas constituyen casi la mitad de la población y las parteras atienden en promedio el 30% de los partos alcanzando el 80% en algunas regiones, las estrategias diseñadas desde las oficinas centrales del Ministerio de Salud, necesariamente parten del reconocer esa realidad y tratar de buscar una vinculación estrecha y estructurada con las comadronas que las “acerque” al sistema institucional de salud, fomente una convivencia entre sistemas de salud, y les permita al mismo tiempo a estas mujeres ejercer la partería, por ser un recurso sumamente valioso en la salud materna y neonatal en Guatemala.

El entramado legal y normativo guatemalteco con respecto a la atención institucional del parto y a las comadronas parte del enfoque de la interculturalidad en salud; en él, se reconoce la importancia de intercambiar saberes y establecer mecanismos claros de convivencia y de formar un entorno habilitante en los servicios formales de salud para que el nacimiento se preste a realizarse en condiciones más cercanas, aceptables y culturalmente apropiadas para las mujeres.

No obstante estos principios y enfoques, el papel de las parteras en el sistema institucional de salud presenta ambigüedades en el marco normativo institucional, donde a veces se les considera como facilitadoras y acompañantes de las mujeres en su acercamiento al sistema institucional de atención materna y a veces se les reconoce más abiertamente que también pueden atender en el contexto institucional. Además de ambigüedades, también se encontraron algunas contradicciones y vacíos que vale la pena remarcar. En primer lugar se destaca que la relación de las comadronas respecto al sistema de salud está por definirse por lo cual es importante que los principios de interculturalidad, respeto y convivencia armónica entre el sistema de salud y la medicina tradicional se apliquen en la teoría así como en la práctica, para no caer en estructuras de poder verticales. En segundo lugar, el planteamiento de actividades del Plan de Acción 2021-2025 de la Política Nacional de Comadronas el Ministerio de Salud coordina todas las acciones y no se contempla la participación de un comité integrado por representantes de la medicina indígena en el desarrollo de cada una de las actividades.



Por otro lado, se encontró que no se han retomado demandas que las comadronas han hecho, como el apoyo a una organización nacional cuya constitución les daría mucha más fuerza, capacidad de negociación, cabildeo y liderazgo ante el sector salud. Tampoco se ha resuelto positivamente la demanda legítima de poder obtener una compensación digna a cambio de su trabajo y por parte del Estado, ya que las comadronas cumplen funciones que son de responsabilidad del sistema formal de salud, descargando de manera muy importante los costos de la atención materna y neonatal de las arcas gubernamentales. En este contexto, nos parece importante recuperar las demandas de las comadronas como el constituirse en una organización nacional y los incentivos económicos por su trabajo como parte de la dignificación. La experiencia guatemalteca tiene mucho que enseñar a México, en un contexto donde la partería es vital y necesaria para el Estado y no está por lo pronto a riesgo de desaparecer.





## Capítulo 3

# El caso de México

El marco legislativo y normativo directa o indirectamente vinculado a la partería indígena en nuestro país presenta una gran complejidad y diversidad. Por un lado, encontramos los instrumentos jurídicos que sancionan, defienden y protegen los derechos colectivos de los pueblos indígenas, incluyendo el derecho a sus saberes y prácticas propias y al ejercicio de la medicina tradicional. Por el otros, están las leyes, reglamentos, normas y lineamientos en el ámbito del ejercicio de la medicina/obstetricia y la salud materna, elaborados en el Congreso federal y/o por la Secretaría de Salud federal como cabeza de sector del sistema institucional de salud. En particular y como se verá más adelante, el marco normativo de la Secretaría de Salud es muy complejo y presenta ambigüedades y contradicciones.

En lo que sigue, se revisarán los instrumentos jurídicos superiores como la Constitución política, seguido por la Ley General de Salud y su Reglamento, para pasar después a las normas oficiales, los lineamientos y las guías emitidos por distintas direcciones y organismos pertenecientes a la Secretaría de Salud federal en los ámbitos de la medicina tradicional, la partería tradicional o indígena y la salud materna y neonatal. Finalmente, se incluye la revisión del marco operativo vigente, el cual incluye las políticas y programas generados por el Sector Salud a nivel del ejecutivo federal.

### La Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos

La Constitución es un documento central para comenzar a analizar el marco legal y normativo de la partería tradicional en México, pues si bien no incluye definiciones, ni referencias directas a la partería tradicional, de él se desprenden artículos que son mediadores.

El Art. 1° prohíbe toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.



Especial atención a las líneas que mencionan la prohibición de cualquier tipo de discriminación motivada por origen étnico y género ayudará a poner sobre la mesa algunas discusiones de los demás documentos.

El Artículo 2º. tiene los siguientes apartados que consideramos importantes:

El Apartado III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional.

2.-La Federación, los Estados y los Municipios, deben promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos... Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de:

1. Impulsar el desarrollo regional de las zonas indígenas (...)

2. Garantizar e incrementar los niveles de escolaridad, favoreciendo la educación bilingüe e intercultural, la alfabetización, la conclusión de la educación básica, la capacitación productiva y la educación media superior y superior (...) y definir y desarrollar programas educativos de contenido regional que reconozcan la herencia cultural de sus pueblos, de acuerdo con las leyes de la materia y en consulta con las comunidades indígenas. Impulsar el respeto y conocimiento de las diversas culturas existentes en la nación.

3. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.

5. Propiciar la incorporación de las mujeres indígenas al desarrollo, mediante el apoyo a los proyectos productivos, la protección de su salud, el otorgamiento de estímulos para favorecer su educación y su participación en la toma de decisiones relacionadas con la vida comunitaria.

7. Apoyar las actividades productivas y el desarrollo sustentable de las comunidades indígenas mediante acciones que permitan alcanzar la suficiencia de sus ingresos económicos, la aplicación de estímulos para las inversiones públicas y privadas que propicien la creación de empleos, la incorporación de tecnologías para incrementar su propia capacidad productiva, así como para asegurar el acceso equitativo a los sistemas de abasto y comercialización.



8. Establecer políticas sociales para proteger a los migrantes de los pueblos indígenas, tanto en el territorio nacional como en el extranjero, mediante acciones para garantizar los derechos laborales de los jornaleros agrícolas; mejorar las condiciones de salud de las mujeres; apoyar con programas especiales de educación y nutrición a niños y jóvenes de familias migrantes; velar por el respeto de sus derechos humanos y promover la difusión de sus culturas.

9. Consultar a los pueblos indígenas en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y de los estatales y municipales y, en su caso, incorporar las recomendaciones y propuestas que realicen. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones señaladas en este apartado.

El Artículo 4º por su parte señala que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

El Artículo 5º determina que:

A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. (Párrafo reformado DOF 29-01-2016). Por tanto- La ley determinará en cada entidad federativa, cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo.

Para desgranar la discusión del tema de la partería tradicional indígena es importante iniciar con con el Art. 1º que establece la protección en contra de la discriminación por origen étnico, prohibiendo todo tipo de práctica que menoscabe los derechos y libertades de las personas y en el caso de los indígenas, a sus derechos colectivos, suscribiendo al convenio 169 de la OIT sobre los derechos de los pueblos indígenas y tribales.

Lo siguiente es analizar la intención del Art.2º y el Art. 4º en cuanto al acceso a los servicios de salud. El primero establece que para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud es importante ampliar a cobertura y se propone tomar en cuenta la medicina tradicional—la cual incluye a la partería tradicional. Este artículo incluye además la intención de impulsar el desarrollo regional de las zonas indígenas incorporando a las mujeres y reconociendo la necesidad de consultar a los pueblos indígenas en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y de los estatales. Por su parte el Art. 4º establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.



Por tanto, este grupo de artículos constitucionales pone las bases para argumentar primero que, el ejercicio y uso de la medicina y la partería tradicional indígena es un derecho, y además es un recurso importante para resolver los problemas de salud en los lugares donde no hay cobertura de servicios; frente a esto, las opiniones de quien las ejerce, como de quien las usa, deben ser tomadas en cuenta para la elaboración de estrategias de desarrollo locales, estatales y federales.

Se incluye en la discusión el Art. 5° el cual determina que a ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos, ya que sustenta el derecho al libre ejercicio de la partería tradicional en el país, además que su ejercicio deberá estar exento de cualquier tipo de discriminación. Este último punto complementa el Art.2° que instituye la relación de responsabilidad que tiene el Estado, sus representantes e instituciones respecto a los pueblos indígenas, la igualdad de sus derechos y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades.

Finalmente y para concluir este apartado, es importante recordar que México ha firmado y ratificado todos los tratados, pactos, convenios y convenciones acerca de los derechos humanos y que tienen alguna relevancia para la partería indígena; se trata del marco jurídico del derecho internacional, cuyos principales instrumentos se examinaron en el capítulo 1. Aquí, cabe mencionar que la ratificación por México implica que estos instrumentos y lo que ellos enuncian tienen un carácter vinculatorio. La sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de junio 2011, estableció que este marco jurídico tiene el mismo valor que la Constitución, por lo cual su estricta observancia y aplicación se vuelve un imperativo en nuestro país.

## La Ley General de Salud

La *Ley General de Salud* es la pieza legislativa, normativa y reglamentaria más importante acerca de la organización, funcionamiento, finalidad, prestación de los servicios de salud, derechos y obligaciones de las instituciones y el personal de salud que operan en el sistema nacional de salud en México. Es de observancia obligatoria y tiene un rango superior con respecto a las leyes estatales en la misma materia. Con respecto a esta ley y a su reglamento son relevantes los siguientes apartados:

Artículo 6o.- El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos: (Párrafo reformado DOF 19-09-2006, 13-01-2014) VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas (Fracción adicionada DOF 19-09-2006).

Artículo 61° Bis.- (Atención maternoinfantil): Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos (Artículo adicionado DOF 07-06-2012).



Artículo 64° que incluye las acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio (Fracción adicionada DOF 31-05-2009-Artículo reformado DOF 14-06-1991- Artículo publicado completo DOF 16-12-201)

Artículo 93° (Formación, Capacitación y Actualización del Personal), donde se establece el reconocimiento, el respeto y la promoción del desarrollo de la medicina tradicional indígena. 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 (Párrafo adicionado DOF 19-09-2006- Artículo reformado DOF 27-05-1987).

Cada uno de los artículos mencionados construye un piso común para identificar como un derecho dentro de las instituciones de salud el ejercicio y uso de la partería tradicional, así como la responsabilidad de las instituciones de salud para su seguimiento mediante la capacitación y actualización de las parteras. En primera instancia, el Art.6° VI Bis. responsabiliza a las instituciones de salud a conocer y desarrollar la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas, aunque no las especifica. Sobre el ejercicio y utilización libre de la partería tradicional abona el Art. 61°, el cual acentúa como un derecho de toda mujer obtener los servicios de salud en términos del servicio que esté a su alcance. En cuanto al respeto y la promoción del desarrollo de la medicina tradicional indígena destacan los Art 93° y 64° que ponen como una tarea fundamental de las instituciones de salud generar las acciones necesarias de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.

En el caso del *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica* (Última reforma publicada DOF 17-07-2018) destaca el capítulo V Disposiciones para la Prestación de Servicios de Atención Materno-Infantil:

Art. 102.-Para los efectos de este Reglamento, se consideran personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años. En todo caso, para la expedición de la autorización a que se refiere el párrafo anterior se tomarán en cuenta las necesidades de la colectividad y el auxilio requerido.

Art. 103.- Donde se menciona que el personal no profesional autorizado (como lo es la partera/o) para la prestación de servicios de atención médica a que se refiere el artículo anterior, podrá prestar servicios de obstetricia y planificación familiar, además de otros que la Secretaría considere conveniente autorizar y que resulten de utilidad para la población.



Art. 104.- Las actividades de los auxiliares para la salud en obstetricia se sujetarán a lo que establece la Ley, este Reglamento y las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría y serán ejercidas bajo el control y vigilancia de la propia dependencia del Ejecutivo Federal (Artículo reformado DOF 01-11-2013).

Art. 105.- Para inscribirse en los cursos de capacitación para técnicos y auxiliares, deberán reunirse los siguientes requisitos. I.- Ser mayor de edad; II.- Saber leer y escribir; III.- Tener reconocimiento de sus actividades sobre la materia de que se trate, y IV.- Los demás que señale la Secretaría, lo cual resulta excluyente a las poblaciones de mujeres parteras tradicionales analfabetas, relacionado a este los artículos

Art. 106.- Sobre la comprobación del requisito señalado en la fracción III del Artículo anterior se hará mediante la investigación que practique la Secretaría o por las pruebas que aporte el interesado.

Art.107.- El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de salud en obstetricia, para inscribirse en los cursos de actualización de conocimientos en la materia, deberán contar con la autorización a que se refiere el artículo 102 del presente Reglamento.

Art. 108.- Los planes y programas de los cursos de capacitación y actualización, a que se hace referencia el artículo 105 del presente Reglamento, estarán a cargo de la Secretaría y serán impartidos por la propia dependencia del Ejecutivo Federal o por las instituciones autorizadas por ella para ese efecto (Artículo reformado DOF 01-11-2013).

Art. 109.- La Secretaría realizará periódicamente la supervisión de los servicios que presten y las actividades que realicen el personal a que se refiere el artículo 102 del presente Reglamento (Artículo reformado DOF 01-11-2013).

Art. 110.- El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios en materia de obstetricia podrá: I.- Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso a la Secretaría; II.- Prescribir los medicamentos que en esos casos se requieran de acuerdo a las normas oficiales mexicanas que para dicho fin emita la Secretaría, y (Fracción reformada DOF 01-11-2013) III.- Realizar las demás actividades que determine la Secretaría.

Art. 111.- Menciona que: el personal no profesional autorizado para la prestación de servicios en materia de obstetricia no podrá: I.- Atender los embarazos, partos o puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o la transferencia de la paciente a la unidad de atención médica más cercana, hagan peligrar la vida de la madre o del producto. En este caso deberán dar aviso a la Secretaría; II.- Realizar intervenciones quirúrgicas; III.- Prescribir distintos me-



dicamentos de los expresamente autorizados; IV.- Provocar abortos, y V.- Las demás actividades que determine la Secretaría.

Art. 112.- El personal no profesional a que se refiere el artículo 102 tendrá las siguientes obligaciones: I.- Enviar al establecimiento de atención médica más cercana, los casos de embarazos patológicos o en los que se presuma la posibilidad de partos o puerperios patológicos; II.- Comunicar de inmediato a la Secretaría los casos de partos o puerperios patológicos, solicitando la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina con ejercicio legalmente autorizado; III.- Dar la información que solicite la Secretaría y facilidades en la supervisión de las actividades que realicen; IV.- Asistir a las reuniones de información a las que sean citados por la Secretaría; V.- Acudir a los cursos de actualización de conocimientos que imparta la Secretaría o las instituciones autorizadas por la misma para dicho fin; VI.- Rendir trimestralmente a la Secretaría información sobre las actividades efectuadas y sus resultados; VII.- Dar a aviso a la Secretaría de los casos de cualquier enfermedad transmisible de los que tenga conocimiento o sospecha fundada; VIII.- Dar a aviso a la Secretaría de sus cambios de residencia; IX.- Las demás obligaciones que establezca la Ley, este Reglamento y demás disposiciones aplicables.

Art. 114.- Establece los siguientes límites: Será sancionado el personal no profesional autorizado de salud en obstetricia que incurra en las siguientes infracciones: I.- Omitir el refrendo de la autorización II.- No acudir a los curso de actualización de conocimiento en la materia; III.- Omitir el auxilio a que esté obligado, y IV.- En general por actos u omisiones que impliquen el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la Ley y sus disposiciones reglamentarias.

En la revisión de los artículos del Reglamento podemos remarcar que las especificaciones para nombrar o no a un personal como autorizado o legítimo para la atención, resaltando de nuevo que la capacitación es uno de los requisitos (Art. 102), sitúa al ejercicio de la partería tradicional indígena dentro de la tutela y la regulación del sistema, y por ende de su control e intervención. Esta intervención trastoca el desarrollo tradicional propio de la partería indígena, fracturando la idea de una promoción y desarrollo respetuoso con la cultura, lo cual contraviene lo estipulado por el Art. 93° de la Ley General de Salud. El control, la reglamentación y, finalmente, la tutela que ejerce la Secretaría de Salud hacia este personal no profesional, se ratifican con los artículos 104, 105, 106, 107,108, 109 del mismo reglamento.

Por su parte, se define que el personal no profesional autorizado (como lo es la partera/o) sí podrá prestar atención médica, pero que su ejercicio deberá ser delimitado por los servicios que a la secretaría le resulten convenientes para la población (Art. 103), lo cual resulta sumamente ambiguo si tomamos en cuenta que la cobertura de salud en las comunidades indígenas es escasa, fragmentada o intermitente y que estas características subestándares de la cobertura incapacitan o, por lo menos, limitan seriamente a las instituciones de salud



y a su personal para conocer, identificar y decidir cuáles son las necesidades de la población que necesitan atenderse o priorizarse.

El reglamento por su parte, resulta excluyente para las parteras analfabetas, ya que para recibir capacitaciones añaden como requisito saber leer y escribir (Art. 105), al paralelo este artículo reduce la oportunidad de acceso a una mejor atención por parteras/ros a las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio.

En este Reglamento, el ejercicio de la partería indígena está reglamentado, controlado y costreñido (Art. 110-112; 114). Algunas de las limitaciones impuestas necesitan cuestionarse desde la perspectiva de sus efectos contraproducentes no sólo hacia el libre ejercicio de la partería, sino también desde las necesidades de atención en salud materna y neonatal de las mujeres y sus recién nacidos. Por ejemplo, es indispensable analizar las dificultades que podrían existir para las mujeres gestantes o parturientas, de que solo se deleguen a las parteras tradicionales embarazos, partos y puerperios normales, además de que estos solo sean manejados dentro de los límites de su comunidad y con aviso de estos eventos a la Secretaría (Art. 110). Estas disposiciones restrictivas asumen el fácil acceso, la comunicación efectiva y la relación armónica en la referencia en caso de complicaciones, que en la mayoría de los casos son ausentes.

El control burocrático de ejercicio del mismo personal no profesional autorizado que se establece mediante solicitud de información, actualización en cursos, reuniones y demás disposiciones (Art. 112) no toma en cuenta los contextos específicos en cada caso, teniendo como relieve por ejemplo en analfabetismo de muchas mujeres y parteras en las poblaciones rurales o indígenas. Por último, las razones de sanción para el personal no profesional autorizado que se enlistan (Art. 114) contrastan con los contextos diversos, las limitaciones de comunicación y transporte a las que las parteras se enfrentan.

## Las Normas oficiales mexicanas

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) son regulaciones de corte técnico y “de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes, que tienen como finalidad establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana; así como aquellas relativas a terminología y las que se refieran a su cumplimiento y aplicación.”<sup>10</sup> Las NOM en materia de prevención y promoción de la salud se discuten y aprueban en el seno del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades (CCNNPCE). Se publican en el Diario Oficial de la Federación para entra en vigor de manera inmediata. Las NOM se deben de revisar cada cinco años.

---

Definición retomada desde la página web de la Secretaría de Salud federal. Disponible en:

<https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>



La Norma Oficial Mexicana 007-Ssa2-2016, para la atención de la Mujer durante el Embarazo. (DOF: 07/04/2016) regula a la partería tradicional indígena desde la definición que proporciona con respecto a esta figura, como la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida; al mismo tiempo que la NOM la considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

La mirada crítica hacia esta definición – utilizada tanto por la Ley General de Salud, como por el Reglamento -- supone que la persona sea mujer, cuando hay bibliografía existente de estados como Oaxaca, Chiapas y Yucatán donde la partería tradicional indígena también se practica por hombres; además establece que la persona debe pertenecer a comunidades indígenas o rurales, sin considerar que existen parteras tradicionales que no pertenecen necesariamente a estos espacios, y que tampoco operan solo desde ahí, tal es el caso de municipios urbanos como San Cristóbal de las casas, Tuxtepec, Juchitán, Acatlán y otros que, de acuerdo con los datos de la base del Sistema Nacional de Nacimientos (SINAC) tienen porcentajes considerables de atención del parto por parteras/ros. Además, se refiere al modelo tradicional de atención que en principio no define, ni abre un espacio para reflexionar la amplia diversidad de parteras tradicionales que han introducido en su quehacer el uso extraordinario o rutinario de medicamentos (como la oxitocina) y tratamientos (canalización con suero) en su atención.

La NOM-007 en su apartado 5.1.11 considera que parte de la calidad de la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, es el respeto a sus derechos humanos, su dignidad y su cultura. Sin embargo, se acentúa nuevamente la tarea de capacitación de las parteras tradicionales por parte del Sistema Nacional de Salud para una atención adecuada en sus propios términos, especificando además su ejercicio restringido a partos de bajo riesgo, y la responsabilidad de las instituciones en la promoción de la atención del parto, en establecimientos – que si bien son definidos como respetuosos y culturalmente pertinentes -- no dejan de ser establecimientos de salud donde las relaciones asimétricas y desiguales entre las parteras tradicionales y el personal profesional autorizado son persistentes.

El punto 1.1.11 señala además que la capacitación a las parteras tradicionales estará inclinada a promover la referencia de las pacientes a los mismos establecimientos de salud para su atención, lo que convierte a las parteras tradicionales en enlaces, sin respetar el ejercicio de su oficio. De la misma manera, la *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012*, en materia de información en salud, es relevante ya que termina de subrayar el hecho de la falta de legitimidad de las parteras tradicionales por parte del sistema de salud en cuanto a certificados de nacimiento, pues aunque sean ellas quienes lleven la atención del parto, no están autorizadas para rellenar, firmar y otorgar los certificados de nacimientos, delegando dicha tarea al personal de salud autorizado. Esto genera que se les aparte de toda posibilidad de reconocimiento de su trabajo, y provoca el subregistro generalizado de los partos atendidos por parteras tradicionales; además de fomentar una visión ideológica donde la atención por partera se vuelve un tema que se maneja en la clandestinidad en y por el sistema.



## Política vigente en materia de salud y salud materna

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 lanzado por la administración del presidente Andrés Manuel López Obrador con relación al tema de salud en su apartado “Salud para toda la población”, diagnostica un sistema de salud pública insuficiente, ineficiente, depauperado y corroído por la corrupción, recalcando como consecuencia grave la falta de acceso a las instituciones o modalidades del sistema para la atención de la salud. El sexenio promete resarcir estos daños con la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar especialmente en zonas marginadas, comunidades indígenas y rurales, haciendo una omisión importante con respecto a la participación de la medicina y la partería tradicional en su tarea.

El Plan propone diferentes líneas novedosas, como la inclusión de programas sensibles al género, la inclusión de comunidades afromexicanas y la incorporación de “unidades organizativas de la comunidad” para la promoción de la salud y la creación de promotoras y promotores para solventar la atención en las localidades donde no hay unidades de salud. La propuesta establece como estrategia prioritaria la 1.5 “Fomentar la participación de comunidades en la implementación de programas y acciones, bajo un enfoque de salud comunitaria para salvaguardar los derechos de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas mayores, mujeres, comunidad LGBTTTI, personas con discapacidad, comunidades indígenas y afromexicanas”.

El punto 1.5.7 de esta estrategia, propone la incorporación de elementos de la medicina tradicional-- sin describir cuáles serían estos elementos y las estrategias para su incorporación-- a los servicios de salud brindados a población indígena y así fortalecer por ejemplo el registro sanitario de medicamentos herbolarios. Como otra acción, se propone en el punto 1.5.6 fortalecer los modelos de atención que coordinen la capacitación y el trabajo del personal médico y parteras para la atención de mujeres en comunidades rurales, sin detallar cómo y obviando que una estrategia de fortalecimiento es la capacitación de actores comunitarios como las parteras. Además, el apartado 5.- “Análisis del estado actual” describe sin detallar que el programa prevé “incluir en el equipo de salud a habitantes de las propias comunidades como promotoras y promotores de salud especialmente en los estados de alta y muy alta marginación y presencia importante de los pueblos indígenas”. El documento no describe el reclutamiento de estas promotoras y promotores, ni las características que deben tener, asumiendo solo que por el hecho de pertenecer a las comunidades de facto sabrán identificar áreas de fortalecimiento en el modelo de atención; sus tareas, responsabilidades, sanciones y labor permanecen ambiguos en la descripción de la estrategia.

Al paralelo el *Programa Sectorial de Salud, derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024* en su primera parte reflexiona sobre la situación de la atención, describiéndola como de mala calidad y deshumanizada, observando que los campesinos, y los habitantes de zonas indígenas y rurales son el sector más vulnerable y el que experimenta la mayor inequidad; de ahí sus objetivos prioritarios como la creación de un sistema único, público,



gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad.

El Programa plantea tres puntos interesantes con respecto a la vinculación con parteras y con la medicina tradicional en el entorno local: “la coordinación comunitaria de personal de salud con parteras; la incorporación de elementos de la medicina tradicional en servicios de salud; y el registro de plantas medicinales”. Los tres puntos parecen una recuperación de elementos que ya estaban incluidos hace más de cuarenta años, en el programa IMSS-COPLAMAR y que se perdieron en décadas sucesivas. Sin embargo, habría que retomar las críticas que se hicieron a estas perspectivas, desde la crítica al modelo de participación que se impulsa(ba) a nivel comunitario (Ugalde, 1985), a la recuperación de elementos de la MT que sean apropiables desde la racionalidad de la medicina científica y el MMH (Menéndez, 1994) a los peligros de registrar los medicamentos derivados de plantas medicinales como parte de un proceso expropiatorio de los recursos locales.

El *Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal (PAE-SMP)* del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) 2020-2024, es el programa rector de la política federal en salud materna y por lo tanto, de cumplimiento para las entidades federativas y la orientación institucional vigente desde el sector salud. El PAE-SMP define a la partera tradicional o indíe gna como aquella formada por personas que pertenecen a comunidades indígenas y rurales y que han sido formadas y practican el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida; se consideran como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención prenatal y durante el parto y el puerperio (Secretaría de Salud, 2016) excluyendo en un principio a todas las parteras tradicionales que operan desde zonas urbanas y periferias, además que se les trata en colectivo.

El PAE-SMP hace un análisis del estado actual de la salud sexual y la salud reproductiva y menciona que éstas constituyen un ámbito fundamental de la salud pública, entre otros aspectos, debido a su relación con los índices de desarrollo humano de las poblaciones, reflejados en indicadores altamente sensibles a las desigualdades sociales. Frente a ellos México ha desarrollado políticas públicas relevantes en la materia, principalmente enfocadas en la cobertura de servicios de salud reproductiva. Sin embargo, aún se enfrentan retos centrales para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas por lo cual es de suma relevancia incluir acciones específicas; en el inciso IV. Análisis de las problemáticas específicas se abordan primeramente los temas de la anticoncepción, planificación familiar y la salud sexual donde en un análisis del contexto se consideran barreras con la población entre ellas la existencia de barreras culturales; es por eso por lo que el documento plantea estrategias de fortalecimiento a corto plazo que permitan reducirlas y favorezcan el acceso, como la inclusión activa del personal de enfermería, enfermería obstétrica y partería profesional en los servicios de anticoncepción, así como de la participación de promotores comunitarios en la consejería, la aplicación de algunos métodos y el seguimiento. Esta diversificación del personal de salud es innegable que permite un mayor alcance a de actividades específicas para los diferentes grupos de población y



para dar atención a los sectores con altos índices de marginación y exclusión, como las poblaciones indígenas y afrodescendientes, las poblaciones callejeras, las migrantes o aquellas en contextos de crisis humanitaria.

En ese primer punto es relevante discutir la omisión de las parteras tradicionales indígenas en la estrategia, el protagonismo de la partería profesional y de nuevo la actuación de los promotores comunitarios como se subrayaba ya en el PAE 2013-2018, el cual respondiendo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos en el año 2000, se centraba en la prevención de la muerte materna y perinatal y para ello proponía que las acciones comunitarias como la creación de equipos de trabajo entre miembros de la comunidad, promotoras, promotores, padrinos y madrinan comunitarias que brindaran acompañamiento a la mujer gestante o púérpera. Por otra parte, no es novedoso que el papel de estas figuras siga siendo definido en el PAE-SMP actual como de enlace con el sector salud lo cual las vacía de sentido pues resultan incluso una herramienta de control del mismo sistema. En otras palabras, este es un elemento que se arrastra del PAE anterior, y resulta estratégico para el contacto con poblaciones marginadas; no obstante se imagina a estas figuras como parte de una comunidad, centrándose en atender necesidades de poblaciones indígenas y afrodescendientes sin detenerse a pensar que incluyen en el mismo recipiente a población migrante y lo que denominan “poblaciones callejeras” obviando que pertenecen a contextos totalmente distintos.

Se contempla además que, para contribuir al fortalecimiento de la salud materna, se han implementado acciones comunitarias entre las cuales destacan la contratación de personas como enlaces interculturales tal como se planteaba en el PAE 2013-2018 pues según el mismo, son las poblaciones rurales e indígenas las que presentan cifras más altas de RMM. Una estrategia central en este Programa es también la inclusión de personal calificado no médico, de enfermería obstétrica y de partería profesional, para la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, así como el fortalecimiento del primer nivel de atención en casos de bajo riesgo, y una distribución óptima y más equitativa de recursos, que permitirán acortar las brechas persistentes en la razón de mortalidad materna en el país. Es importante resaltar que la inclusión de personal certificado no médico no incluye a las parteras tradicionales y que la certificación o legitimación de estas en el ejercicio de la atención materna, sexual, reproductiva ni anticonceptiva, no se considera como un vía dentro del programa.

En el apartado sobre violencia de género puesto en la mesa como un grave problema de salud pública, se destaca como eje transversal el papel de la interculturalidad como una estrategia de dialogo para entender y atender los problemas de salud y los procesos fisiológicos de los pueblos indígenas, afrodescendientes, grupos étnicos y otros grupos; sin embargo, no incluye una definición conceptual clara del enfoque de interculturalidad.

El documento expresa que el enfoque intercultural contribuye a promover la paridad de trato hacia los diferentes grupos sociales, reconociendo el papel de las instituciones de salud en el establecimiento de normas y programas con pertinencia sociocultural que definen la respuesta de los servicios de atención e incorporen la participación de diversos actores



como catalizador de la mejora en los indicadores de salud sexual y reproductiva. Por esta razón el texto añade que, de manera prioritaria, se consideran para este programa, las acciones y estrategias dirigidas a personas indígenas y afrodescendientes, definidas según lo establece la Constitución:

**Personas indígenas:** En una definición amplia, incluye personas que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan rasgos sociales, económicos, culturales y políticos. También contempla tanto la auto adscripción, como la condición de hablante de lengua indígena, e incluso la agregación del hogar o grupo doméstico, para contemplar a las personas indígenas que habitan en zonas semiurbanas o urbanas. (Artículo 2º).

**Población fromexicana o afrodescendiente**<sup>11</sup> a las que define desde el colectivo como pueblos, comunidades y personas que descienden de mujeres y hombres africanos o que han llegado al país en diversos momentos históricos de migración, desde aquellas personas víctimas de la esclavitud entre los siglos XVI y XIX, hasta el desplazamiento, migración, desplazamiento forzado o movilidad por causas humanitarias.

La mirada hacia las personas indígenas se mantiene como estática en el ejercicio de sus tradiciones y como personajes que necesitan la tutela del sistema, y de ahí su legitimidad, además de considerar la conservación de “sus rasgos” como responsabilidad individual (aunque se les considera como sujetos de derecho colectivo), sin considerar en ninguna de sus partes la responsabilidad del Estado y sus instituciones para generar las condiciones que propicien la transmisión de saberes culturales y ancestrales de estas poblaciones, por ejemplo los saberes de la partería tradicional.

El enfoque intercultural se explicita en el documento *Modelo de Atención Intercultural en Salud para Pueblos Indígenas y Afrodescendientes* (MAISPIA) 110. Uno de los puntos relevantes de este documento es que los lineamientos interculturales enfocados a la atención de la salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres necesitan generar una relación de compromiso del personal de salud para con la población, incentivando estrategias que les permitan conocer el contexto cultural donde desempeñarán sus servicios para evitar barreras culturales, así como la violencia de género y cultural. El personal de salud tiene la obligación de identificar dichas barreras culturales y maltratos institucionales, así como indagar sobre los procedimientos de diagnóstico y detección que utilizan los curanderos, parteras y promotores comunitarios, enriquezca sus acciones y las del personal comunitario local, preguntarse sobre las expectativas, conocimientos y prácticas sobre planificación familiar y salud reproductiva que tienen las parteras tradicionales, así como todas las mujeres, entre otros.

---

<sup>11</sup> Definición de la reciente Reforma Constitucional (2019).



Esta referencia señala los ejes centrales para la atención respetuosa e incluyente de estas poblaciones y busca garantizar su acceso a los servicios de salud. El papel de las parteras tradicionales aparece de nuevo definiéndolas como enlaces, herramientas para el diálogo entre la comunidad, al mismo nivel que las y los promotores, sin dar legitimidad a su labor histórica y ancestral, y como una oportunidad y estrategia del Estado para acercar a las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, o prevenir la muerte materna; funcionando como un factor que ayuda a ampliar la accesibilidad de los servicios, sin reconocer necesariamente su trabajo en la misma atención a las mujeres.

## Manuales de la Dirección General de Información en Salud

Finalmente, es necesario mencionar la normativa establecida para el llenado, la expedición y la distribución de los certificados de nacimiento, ya que son aspectos muy relevantes para el trabajo de las parteras. Los dos documentos que se revisaron son el *Manual de Implementación del Certificado de Nacimiento* del 2007 y el *Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento Modelo 2015* (2015).

El primer documento establece que las parteras registradas en el sistema institucional de salud tienen la atribución de llenar y entregar el certificado de nacimiento a las madres cuyos partos ellas atendieron:

Primero. Responsabilidades:

Inciso 9). Los Servicios Estatales de Salud vigilarán que las unidades de atención médica y las parteras registradas entreguen a la madre de forma gratuita el *Certificado de Nacimiento* al momento de su egreso hospitalario en el primer caso, y al finalizar la atención del nacimiento, en el segundo caso. (p.12).

El mismo documento establece en el apartado 3º. sobre la distribución de los certificados que:

La DGIS, será la responsable de la distribución gratuita del Certificado de Nacimiento a los Servicios Estatales de Salud, garantizando el volumen necesario para cubrir la totalidad de nacidos vivos en el país.

Para efectos de planeación, distribución y operación del *Certificado*, los Servicios Estatales en coordinación con las jurisdicciones sanitarias y con el apoyo de todas las instituciones del sector salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, privados, etc.), deberán:

a) mantener actualizada la relación de unidades de atención médica mediante el directorio de establecimientos con Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), así como de parteras tradicionales y médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y auxiliares de salud de las unidades móviles.



En dicho programa de distribución se deben incluir a:

a) las parteras tradicionales (registradas por alguna institución del sector salud) quienes se harán cargo de certificar los nacimientos que ellas mismas atiendan. En estos casos sólo se deben contemplar a las parteras que saben leer y escribir para que puedan llenar los formatos.

Para los nacimientos que ocurran fuera de una unidad hospitalaria el Certificado puede ser llenado por la partera que atendió a la madre, siempre y cuando esté registrada ante una institución del sector salud y por lo tanto haya sido contemplada en la distribución de certificados. En caso de que la partera no esté registrada, o no sepa leer y escribir, el nacimiento debe ser registrado en la unidad de salud más cercana, o bien a través del personal de las unidades móviles, siguiendo el procedimiento que se menciona a continuación para nacimientos atendidos por personal no autorizado para la certificación.

La distribución de los *Certificados de Nacimiento* se debe realizar bajo un estricto control de folios, asegurando que tanto las unidades médicas como las parteras tradicionales registradas y las unidades móviles dispongan de formatos suficientes para garantizar la certificación de los nacimientos de su área de responsabilidad (2007, pp. 12-14).

Por otro lado, el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento del 2015, que es el vigente en este momento, reitera los puntos anteriores donde, de manera explícita se enuncia que las parteras tradicionales que sepan leer y escribir y que estén registradas en una institución pública del Sector Salud, pueden expedir ellas mismas los certificados de nacimiento y deben de ser incluidas en la distribución de los mismos por parte de las autoridades estatales de salud:

El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo nacido vivo en territorio nacional (independientemente de la nacionalidad o situación legal de los padres), en forma gratuita y obligatoria, por un médico con cédula profesional o por la persona facultada por la autoridad sanitaria correspondiente (p. 23).

El Certificado de Nacimiento debe expedirse según las circunstancias que acompañen al nacimiento de conformidad con lo siguiente:

Si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y fue atendido con la asistencia de una partera facultada por alguna institución del SNS para expedir el Certificado de Nacimiento, ésta debe emitirlo dentro de las primeras veinticuatro horas después de ocurrido el nacimiento y entregarlo inmediatamente a la madre (o quien corresponda a falta de esta) (p. 24).



La entrega del certificado de nacimiento no debe ser condicionada por motivo alguno (p. 27).

Para que un Certificado sea considerado válido debe incluir la firma del certificador, la firma de la madre, la huella del pie derecho del nacido vivo, la huella del pulgar derecho de la madre (para lo cual no se requiere de una tinta especial) y en caso de que haya sido expedido en una unidad médica, el sello de la misma. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica no será necesario el sello de la institución (p. 38).

Por otro lado y de manera contradictoria con respecto a lo enunciado en los manuales, la página web de la DGIS sobre certificados de nacimiento declara lo siguiente, dando a entender que la madre y el recién nacido que fueron atendidos por una partera, deben presentarse necesariamente a una unidad médica para solicitar el certificado de nacimiento, lo cual contradice las disposiciones normativas expresadas en los manuales donde se había enunciado que las parteras podían ellas mismas expedir dichos certificados:

*El Certificado de Nacimiento debe ser entregado a la madre sin ninguna condición una vez que es dada de alta. Para todo nacimiento ocurrido fuera de una unidad médica, la madre acompañada por el recién nacido, debe acudir a los Servicios de Salud más cercanos para solicitar la expedición del Certificado de Nacimiento a más tardar 48 horas posteriores al nacimiento, en donde previo a la expedición, se corroborará el vínculo madre-hijo. Una vez obtenido el Certificado de Nacimiento, la madre debe acudir lo más pronto posible al Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento del recién nacido, para tal efecto requerirá presentar el original del Certificado de Nacimiento (hoja blanca).<sup>12</sup>*

Esta normatividad es crucial para el trabajo de las parteras porque la expedición de los Certificados de nacimiento se ha vuelto uno de los principales obstáculos que las parteras enfrentan en el desempeño de sus labores en la actualidad, ya que no tienen acceso a ellos, en contra de la normatividad oficial.

### **Los documentos emitidos por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud**

En cuanto a lineamientos emitidos por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI), área perteneciente a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), es protagónico el documento *Fortalecimiento de los servicios de salud en la atención de las mujeres indígenas con parteras tradicionales. Consideraciones y*

---

<sup>12</sup> Las cursivas son nuestras. Véase:

<https://www.gob.mx/salud/documentos/cen?state=published>

(consultado el 12/12/2021)



*lineamientos para su implementación con enfoque intercultural, en el marco de respeto de los derechos humanos de las mujeres indígenas y la no discriminación.* El propósito de este documento es el de fortalecer los servicios de salud en la atención de las mujeres indígenas con parteras tradicionales para lo cual proponen lineamientos que ponen especial énfasis en el papel de las parteras tradicionales como garantía de una atención culturalmente pertinente, sin cuestionar en primera instancia la relación de subordinación frente al sistema de salud, ante la acción permanente de capacitación, y control que se les exige para seguir atendiendo.

Los lineamientos relacionados son los siguientes:

1. Los servicios estatales de salud deben garantizar las condiciones para que las mujeres que así lo demanden y en especial las de poblaciones indígenas puedan ejercer su derecho a la salud, en la atención del embarazo, parto y puerperio con parteras tradicionales indígenas en condiciones de seguridad.
2. Los servicios estatales de salud en coordinación con las áreas federales correspondientes, deben establecer acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras indígenas para la atención de embarazo, parto y puerperio. ( Art. 64 de la L.G.S.)
3. En la atención del parto de las mujeres indígenas con las parteras tradicionales, no se condicionará, ni negará, servicios y/o programas como Oportunidades, Seguro de una nueva Generación, Registro de nacimiento, Incapacidad por maternidad, o cualquier otro programa nacional, estatal o municipal, además de erradicar cualquier forma de discriminación hacia las parteras tradicionales. Se hace referencia al Art. 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para enunciar y soportar este derecho.
4. Mantener actualizado el censo nominal de las parteras tradicionales indígenas y afromexicanas en el estado (...)
5. Facilitar que las mujeres indígenas puedan atender su embarazo, parto y puerperio con parteras tradicionales en condiciones de seguridad, favoreciendo su participación en Centros de Salud, Unidades médicas rurales, Hospitales y especialmente en Unidades Médicas de Parto Humanizado (...)
6. Promover la autorización de las parteras tradicionales indígenas de acuerdo con lo establecido en los art 102 al 11 del Reglamento de la LGS en materia de prestación de servicios de Atención Médica (...)
7. En las regiones que atienden población indígena se dará prioridad a las parteras tradicionales indígenas en la interacción con las instituciones de salud (...)



8. Crear condiciones para la enseñanza y formación de nuevas parteras indígenas tradicionales y/o afrodescendientes (...)
9. Establecer estrategias para otorgar una retribución justa a las parteras tradicionales por su labor comunitaria, facilitando su contratación con el Código M02120 (...)
10. afiliación de las parteras tradicionales indígenas a un seguro médico (...)
11. Promover y facilitar el establecimiento de convenios entre las parteras tradicionales indígenas y los servicios de salud.

Los lineamientos revisados plantean sutilmente el control epistémico y burocrático de la atención de las parteras tradicionales, argumentando primero la necesidad de establecer acciones que las capaciten a nivel técnico, anteponiendo una relación asimétrica de conocimientos y obviando además las dificultades de la enseñanza entre el/la médico/a y la/el partera/o. Este lineamiento podría ser sustituido de mejor manera y con mejores resultados por una relación horizontal de diálogo e intercambio de conocimientos.

Otro elemento para abonar a la idea de control, es que entre los lineamientos se establece que la atención de las parteras deberá darse de manera prioritaria en centros de salud, unidades médicas rurales, hospitales y especialmente en las así llamadas Unidades Médicas de Parto Humanizado, entre otros espacios comandados por el mismo sistema de salud y sus representantes en la atención (médicos, médicas, enfermeros, enfermeras etc.) que son reconocidos por establecer relaciones de maltrato, discriminación y humillación con las parteras tradicionales y/o las mujeres indígenas. Con esto, se socava el derecho al libre ejercicio de la partería fuera del sistema institucional de salud, para establecerlo dentro de la vigilancia del sistema.

Algunos de los puntos señalados, como los registros de nacimiento, la construcción de espacios para la atención y la afiliación de las parteras tradicionales indígenas a un seguro médico reúnen muchas de las demandas de los derechos de las parteras/os en el país, lo que revela la brecha de implementación entre lo enunciado y lo que sucede en la realidad, ya que hay un gran nivel de omisión de estas exigencias por parte del propio sistema de salud, entre todas sus instituciones públicas que lo integran. Llama mucho la atención que estos lineamientos no enuncian en ningún momento cómo se van a operativizar, lo cual limita muchísimo la posibilidad efectiva de su implementación. Es muy posible que uno de los problemas que se está enfrentando en este punto, tiene que ver con la misma fragmentación al interior de la Secretaría de Salud, las dificultades de delinear de manera clara qué área tiene qué atribuciones, o los obstáculos que se enfrentan en la coordinación entre esas distintas áreas; considerando que, de acuerdo a nuestro entendimiento, el campo normativo de la salud materna es de competencia del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) y no, del área de la Secretaría de Salud que emite estos lineamientos.



Otro documento relevante de la DM TyDI es la *Guía de implantación fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional* el cual define a la medicina tradicional como “El sistema 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 de nuestro país han acumulado a través de su historia, fundamentado en la cosmovisión de los pueblos originarios del país, sobre los terapeutas tradicionales – que es el lugar en donde se sitúa a las parteras tradicionales y al paralelo a yerbateros, sobadores, hueseros, rezanderos, graniceros y curanderos”.

La guía describe a personas que pertenecen a las comunidades indígenas y que poseen un don o característica distintiva para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física, emocional o espiritual; colectiva y comunitaria, respecto a la forma de interpretar el mundo (cosmovisión), del modelo indígena tradicional. Se menciona que el proceso de formación para la atención a su comunidad se realiza en muchos casos bajo la pertenencia a un linaje de parentesco transmitiendo los conocimientos sobre la vida, la naturaleza y su forma de interpretar el mundo (cosmovisión) generalmente en forma oral. Sobre las parteras enuncia que es importante ratificar que las parteras tradicionales forman parte del modelo tradicional mexicano, desarrollando sus conocimientos y práctica a través de mecanismos de formación tradicional de maestro/aprendiz, durante muchos años y que cuentan con reconocimiento y aval de la comunidad.

El documento se centra en justificar y generar una relación de sinergia entre la medicina tradicional y el Estado recalcando el papel de la interculturalidad como modelo de convivencia horizontal y la forma obtener resultados aprovechando dos visiones diferentes de la realidad sin tomar en cuenta la relación desigual entre ambos y el hecho que, finalmente, los terapeutas tradicionales se consideran más que todo, como elementos para fortalecer del modelo médico institucional.

Sobre el reconocimiento e impulso a la partería tradicional como derecho de las mujeres indígenas se encuentra la *Guía de autorización de las parteras tradicionales como personal no profesional sustentado en los Artículos 102 al 114 del Reglamento de Atención Médica*, también emitido por la DM TyDI. Este documento construye la imagen de la partera tradicional como un agente comunitario de salud que permite el fortalecimiento del mismo sistema. Se consideran a sus conocimientos como parte de la herencia de sus antepasados y hay una tendencia a concebirlos como estáticos.

El documento considera al proceso de capacitación y autorización de las parteras tradicionales por parte del sistema nacional de salud, como esencial para su ejercicio; el texto describe el proceso y los requisitos, en su apartado IV. Criterios para tener capacitación (art. 105), en los cuales se exige primeramente que la partera deba ser mayor de edad; que sepa leer y escribir, que tenga reconocimiento de sus actividades sobre la materia – sin describir los mecanismos para identificar este reconocimiento o los tipos de reconocimiento- y lo demás que señale la Secretaría de Salud, que en su mayoría son requerimientos administrativos y de largo aliento. En ningún de los apartados se incluyen las ventajas para las parte-



ras cuando ellas adquieran la “autorización” o el “reconocimiento”, como por ejemplo recibir una remuneración digna por cumplir con el papel de ser enlaces con el sistema de salud o por sus servicios como parteras. Más bien, termina encerrándolas en una dinámica de control, vigilancia y obligatoriedad con el Estado.

Por otro lado, la *Guía de Implantación/implementación: Lineamientos Interculturales para la operación de los Servicios de Salud* describe propuestas y contenidos agrupados en el modelo intercultural y la perspectiva de género para que este colabore con el trabajo de los servicios estatales de salud y se implemente dentro de la prestación institucional de los servicios. El documento se fundamenta en la visión basada en el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural del país, y de los derechos humanos, aludiendo de nuevo al derecho colectivo de los pueblos indígenas al respeto de su cultura y de acuerdo al marco multilateral del derecho internacional y la Constitución. Aquí, se considera relevante la participación de estos grupos en el diseño de estrategias y programas estatales, enfatizando además que la responsabilidad principal del respeto a los derechos recae en los gobiernos.

Se apuesta por la creación de “competencias interculturales” como un conjunto de destrezas, habilidad y conocimientos de posible creación y conducción, y con ellas poder establecer un diálogo, una negociación y, finalmente, la eliminación de las barreras culturales presentes en el sistema. Lo anterior, se define como parte de un proceso de acreditación de las unidades de Salud –especialmente en el primer y segundo nivel de atención-- para determinar si son adecuadas o no para la población culturalmente diversa. El documento no nombra específicamente el trabajo de las parteras tradicionales, pero las define como las personas que ofrecen algún servicio para atender el embarazo, parto y puerperio y cuyas prácticas se encuentran enmarcadas en el modelo tradicional de atención a la salud.

En uno de los apartados sobre propuestas concretas desde el enfoque intercultural para disminuir las barreras culturales existentes en los espacios de salud, incluye que, si la población lo solicita y los terapeutas tradicionales están de acuerdo, se puede incorporar un espacio cercano al hospital o centro de salud, para ofrecer servicios de la medicina tradicional, con la atención de curanderos, hueseros, sobadores y parteras de la comunidad y región. Si vemos esta propuesta desde una mirada crítica, nuevamente se trata de una sugerencia que conduce a la creación de nuevo de un espacio físico dentro de la tutela del sistema para que los terapeutas tradicionales otorguen su atención.

El documento de la DGMTyDI titulado *La política intercultural en salud. Elementos esenciales. Modelo para la atención intercultural a la salud de los pueblos indígenas y afroamericano*, fue emitido en noviembre de 2020, el cual es un documento interesante pero de enunciación aspiracional, ya que no contiene estrategias de implementación. En él, se considera a la partería como parte de un modelo tradicional ejercido por mujeres que se especializan para ello en una formación práctica de varios años basada en el modelo de “maestro – aprendiz”. Se describe que dicho modelo presenta algunas debilidades ante complicaciones serias, o los denominados partos y/o puerperios patológicos, pero sin desvalorar su eficiencia en los



procedimientos para la atención del parto normal y algunos problemas de salud de más fácil resolución.

En un recorrido histórico del tema, señala que durante el siglo XX ese modelo fue perdiendo terreno frente a un modelo institucional occidental, que medicalizó la atención, llevando el parto a los hospitales, incorporando la atención en una rutina deshumanizante que facilita la ruptura del vínculo humano entre el personal de salud y la mujer embarazada y parturienta, en servicios muchas veces saturados por una inadecuada planeación y con deficiencias en insumos y personal calificado. Cuestiona lo deshumanizante del modelo, los altos niveles de violencia obstétrica ejercida en contra de mujeres indígenas y adolescentes y el incremento de cesáreas.

Frente a esta situación, el documento recuerda que la misma DMTyDI definió, en conjunto con el CNEGySR un modelo de atención integral e intercultural desde 2009, que en 2012 recibió el nombre de *Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro*. A partir de 2004, la DMTyDI diseñó la metodología de encuentros de enriquecimiento mutuo, que se lleva a cabo entre el personal de salud de un hospital o región y las parteras tradicionales de esa zona. El documento menciona que esta metodología permitió recuperar y sistematizar un “modelo” de partería tradicional mesoamericano, con contribuciones importantes tanto para los cuidados del embarazo, en la atención del parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

La propuesta permitió, además, reafirmar el valor y la vigencia del conocimiento local, el cual puede ser accesible en la medida en que se estudie en colaboración estrecha con sus portadoras; asimismo, consiguió que el personal de los servicios de salud institucional - desde este lado de la frontera cultural- interrumpiera la carga heredada del menosprecio que nuestras escuelas siguen reproduciendo, y asumiera la responsabilidad compartida de imaginar nuevas maneras de aproximarnos al saber tradicional sin idealizarlo, pero dispuestas/os a identificar y reconocer los aportes de un modelo de atención tradicional del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, común a los grupos indígenas de la región mesoamericana. El documento recuerda que la atención de las mujeres indígenas de su parto por las parteras tradicionales, que forman parte sustancial de la medicina tradicional indígena, es un derecho constitucional, definido en el artículo 2º de la Constitución. En 2018, la DGPLADES emitió un lineamiento al respecto sustentado en el marco legal y la Recomendación 31/2017 de la CNDH. Lineamiento que además señala las acciones concretas que se tienen que realizar de acuerdo con el marco normativo.

Por último, el documento *Díptico. Marco legal de la medicina y partería tradicional actualizado* es una recuperación del marco legal de la partería tradicional en México, donde se considera a la partería mesoamericana como uno de los sistemas tradicionales más eficientes del mundo en el que se identifican aportes técnicos importantes. Este documento hace referencia a otros documentos normativos importantes como la *Guía de Práctica Clínica Vigilancia y Manejo del trabajo de Parto en Embarazo de bajo riesgo* (2014), la cual se menciona que reconoce y destaca prácticas comunes en la partería tradicional, por lo que considera



que la incorporación de las parteras tradicionales en los servicios de atención, especificando espacios físicos como -unidades y hospitales- es indispensable para mejorar la calidad técnica y humana, e intercultural.

El documento incluye a la partería dentro del marco de la medicina tradicional y comparte el marco legal de ésta como algo que delinea sus fortalezas y hace que los servicios de salud se vean obligados a respetarla como derecho. El marco contiene acuerdos internacionales, artículos de la Ley General de Salud y del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, recomendaciones de la CNDH y artículos de la constitución. Finalmente, acentúa incluso que la capacitación de las parteras es un derecho.

### Los documentos normativos de la Secretaría de Salud ante la pandemia por COVID-19

En el marco de la actual pandemia de COVID-19 es relevante revisar el documento elaborado por el CNEGySR "*Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida*", en su versión actualizada de julio de 2021, dado que este documento constituye una guía para la acción de los servicios en salud materna específicamente en el contexto de la pandemia cuando la búsqueda de atención por fuera de las instituciones de salud, se ha incrementado.

El documento propone que, para favorecer la vinculación y articulación de las unidades de salud, es necesaria la actuación de las y los promotores comunitarios y la partería tradicional, agilizando la atención oportuna, así como la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de atención a la salud materna y perinatal. Sin embargo, no aborda temas de responsabilidad del Estado para con estos mismos actores, como el derecho a la vacunación inmediata o la dotación de insumos para evitar el contagio durante la atención o en su misma incorporación como enlaces del sistema y apoyo fundamental en la atención de la salud sexual y reproductiva.

Referente también a la COVID-19, encontramos el documento *Estrategia para Fortalecer la Disponibilidad y Continuidad de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva por el Personal de Enfermería y Partería durante la Pandemia por Covid-19* el cual considera como parte de la estrategia para proporcionar una atención segura en los servicios de SSR, la participación del ámbito comunitario en el que se ve a las parteras tradicionales como bisagras para generar un vínculo estrecho entre el personal de salud y las necesidades interculturales de las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio. Se delega al Estado la responsabilidad de cumplimiento de no discriminación por parte de sus instituciones, además una observancia de los derechos humanos y equidad de género; por esta razón la estrategia va dirigida a los tomadores de decisiones, como gobiernos estatales, autoridades estatales de salud y legisladores, con el fin de proporcionar una alternativa segura para el continuo de los servicios de SSR, y el cumplimiento del lineamiento para la prevención y mitigación



de la COVID-19, en relación con la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.

En el apartado III. *Competencias y actividades del personal de Enfermería, Partería profesional y Parteras tradicionales, para prestación de los servicios de SSR con énfasis en la educación, así como en la difusión de información para el autocuidado* es interesante ver que a las parteras tradicionales se le relega al ámbito comunitario y de ahí se deriva el interés por incluirlas en la estrategia ya que se consideran como protagonistas de las siguientes actividades:

- Consejería en las decisiones reproductivas de la familia en la comunidad
- Vigilancia del embarazo normal
- Referencias por embarazo, parto, puerperio complicado y aborto
- Atención de parto normal en posición vertical
- Vigilancia de puerperio normal
- Atención y cuidados de la persona recién nacida
- Apoyo comunitario en la vigilancia del embarazo complicado

El documento las define como: mujeres consideradas por su comunidad como las especialistas en fertilidad, en los ciclos de la vida de las mujeres, en la atención durante el embarazo y el parto, en la atención de bebés y niños pequeños, conocedoras del uso de la herbolaria y, en general, como “mujeres sabias”; posicionándolas como referentes para la vida de sus comunidades y agentes de los derechos de las mujeres. No obstante, el documento no tiene un apartado que especifique cómo el sistema de salud apoyaría o reconocería el trabajo de las parteras frente a la actual pandemia – proveyendo de insumos para el desempeño de su trabajo por ejemplo-; no considera el trabajo de parteras en espacios no comunitarios, como ciudades o periferias; no contempla pagos o reconocimientos, ni, tampoco, capacitaciones para prevenir la COVID-19 durante la atención; y, sobre la atención del parto, las encierra de nuevo en una dinámica de referencia y gestión de las mujeres a espacio de salud para la atención del mismo parto.

### **Programa Nacional de los Pueblos Indígenas 2018-2024**

Por último, se revisa el documento programático más importante del actual sexenio en cuanto a la política pública hacia los pueblos indígenas. Este programa tiene relevancia en relación a la posibilidad de la transmisión de saberes de la partería tradicional, ya que reconoce en su objetivo específico 6, que “es necesario adoptar las medidas para preservar, difundir, investigar, documentar, fortalecer y revitalizar las culturas, lenguas, valores, saberes, tecnologías, y demás expresiones que conforman el patrimonio cultural tangible e intangible y biocultural de los Pueblos Indígenas y Afromexicano para su reconstitución integral y la consolidación de sus instituciones culturales, artísticas y deportivas” En particular, enuncia el objetivo de fortalecer los procesos de educación indígena intercultural en todos sus tipos y niveles, así como el ejercicio de la medicina tradicional; pero sin hacer mención específica a la partería, ni proponerlo como un eje que necesita fortalecimiento.



Se incluye además, la Ley del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI)<sup>13</sup> que contempla en su art 4° como responsabilidad del INPI las siguientes atribuciones y funciones:

XLIII. Promover el mantenimiento, fortalecimiento y ejercicio de la medicina tradicional de los pueblos indígenas, a través de sus instituciones, saberes y prácticas de salud, incluida la conservación de plantas medicinales, animales, minerales, aguas, tierras y espacios sagrados de interés vital.

XLIV. Apoyar y coadyuvar para el reconocimiento institucional de quienes ejercen la medicina tradicional en sus diferentes modalidades, así como la formación del personal médico en la materia, con perspectiva intercultural.

XXXVIII. Promover y adoptar las medidas, en conjunto con los pueblos indígenas y afromexicano, para la preservación, protección, revitalización y transmisión a las futuras generaciones de su patrimonio cultural, material e inmaterial; sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales, así como, todos los elementos que constituyan la cultura e identidad de dichos pueblos.

XXXIX. Promover, adoptar y garantizar las medidas correspondientes para mantener, proteger y desarrollar la propiedad intelectual, colectiva e individual, con relación a dicho patrimonio cultural, conocimientos tradicionales y expresiones culturales tradicionales.

XLII. Crear los espacios necesarios y dignos para la atención integral e intercultural de los niños, niñas y jóvenes indígenas y afromexicanos, tanto en sus regiones como fuera de ellas.

XLIII. Promover el mantenimiento, fortalecimiento y ejercicio de la medicina tradicional de los pueblos indígenas, a través de sus instituciones, saberes y prácticas de salud, incluida la conservación de plantas medicinales, animales, minerales, aguas, tierras y espacios sagrados de interés vital. Asimismo, promover e impulsar, en coordinación con el Sistema Nacional de Salud, el acceso de los pueblos indígenas y afromexicano, así como de sus integrantes a los servicios de salud con pertinencia cultural, lingüística y de género, sin discriminación alguna.

Ante las enumeradas propuestas, surge la pregunta sobre las estrategias que harán posible cumplir con estas funciones, ya que están ausentes en dicha ley. Asimismo, hay que preguntarse acerca de la relación de responsabilidad con las comunidades, organizaciones y líderes indígenas, ya que ante el contexto de abandono de estas poblaciones es fácil vislumbrar una ausencia de esta institución que es la responsable de la política pública para los pueblos indígenas en el país.

---

<sup>13</sup> Texto vigente de la nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2018.



El apartado XLIII indica la promoción, el mantenimiento, fortalecimiento y ejercicio de la medicina tradicional pero no comparte las formas, ni especifica quién o quiénes se involucran en este proceso.

El apartado XLIV. Finalmente, este apartado enuncia el apoyo a un reconocimiento institucional de quienes ejercen la medicina tradicional, sin definir el o los tipos de reconocimiento, ya que en principio el reconocimiento puede ser económico o político, programático, o el que se otorga por parte de las instituciones de salud brindando validez y legitimidad a su credencial, nombre, firma o sello y a su desempeño como parteras.

### Hallazgos en el caso de México

En México, una de las primeras características que encontramos en cuanto al marco legislativo y normativo con respecto a la partería indígena es su gran complejidad y diversidad en cuanto a orientaciones y posturas. Hay una clara falta de armonización en estos múltiples instrumentos, lo cual da cabida a ambigüedades, contradicciones, ausencias y opacidad en el campo de definiciones, atribuciones, responsabilidades, criterios, requisitos y reglas, lo cual, finalmente, abre el campo a una enorme discrecionalidad en la implementación de políticas, programas y de la misma regulación, tanto en el terreno de lo legal, como y sobre todo en el terreno de lo concreto.

Se encontró una brecha muy marcada entre, por un lado, el marco jurídico internacional y constitucional de los derechos humanos—donde se reconocen explícitamente los derechos colectivos de los pueblos indígenas, incluyendo el derecho a la protección y al pleno desarrollo de su patrimonio cultural, sus saberes propios, y el ejercicio libre y autónomo de la medicina tradicional—y, por el otro, el aparato legislativo y normativo expedido para reglamentar el otorgamiento de los servicios de salud y, en particular, la atención en salud materna y perinatal en el país. La partería indígena en México se encuentra en un limbo entre estos dos polos, ya que resulta evidente que es parte de los saberes ancestrales propios y, en particular, se le reconoce como una especialidad de la medicina tradicional que los pueblos indígenas tienen derechos de ejercer y desarrollar en libre determinación y con autonomía; al mismo tiempo que refiere a cuidados que se ejercen en específico en el campo de la salud materna y perinatal; un campo cuya jurisdicción reclama directamente el Estado y que involucra jurídicamente derechos y responsabilidades de quien la ejerce por el hecho de cuidar la salud y la vida de otras personas.

Mientras que el primer marco jurídico otorga, reconoce, promueve y garantiza derechos, el segundo regula y controla; por tanto, constriñe y limita el ejercicio de la partería indígena y la somete a las reglas y los criterios que se establecen desde la institucionalidad del Estado, del Sector Salud y, en particular, de la Secretaría de Salud como cabeza de sector. Aquí habría que recordar, sin embargo, que los derechos humanos comprometidos en tratados internacionales y la Constitución política de nuestro país tienen preeminencia por ser de un orden jurídico superior con respecto a las leyes, reglamentos y normas que se expiden des-



de el legislativo o el ejecutivo; por lo tanto la falta de armonización tendría que corregirse promoviendo, respetando y garantizando siempre el ejercicio libre de la partería indígena como parte del patrimonio cultural y etnomédico de los pueblos indígenas.

Sin embargo, no habría que olvidarse de lo crucial que es reconocer oficialmente y en documentos legales y normativos el gran aporte que la partería indígena ofrece justamente con su quehacer en el campo de la salud materna y neonatal, acompañando y atendiendo a mujeres, recibiendo vidas, identificando y refiriendo a mujeres cuando surgen complicaciones, resolviendo problemas y cuidando la salud de las madres y sus pequeños a nivel comunitario; sin que al Estado le represente además, costo alguno. Este reconocimiento es un acto de justicia elemental, aún más en tiempos de pandemia donde las parteras han aumentado enormemente el volumen de la atención materna de la cual ellas se hacen cargo, arriesgando sus propias vidas en el ejercicio de lo que ellas conciben que es un servicio comunitario y ante la fuerte crisis que el Sector Salud ha experimentado con un sistema institucional de salud muy frágil en el primer nivel de atención y carente, sobresaturado y riesgoso por la presencia de la COVID-19, a nivel hospitalario. El reconocimiento es aún más importante, porque una forma común de constreñir y limitar a la partería indígena en el marco regulatorio desde el Sector Salud es precisamente la ausencia de mención, lo cual implica invisibilizar sus contribuciones o pensar que son insignificantes.

En la revisión, se encontraron fuertes contradicciones y discrepancias entre lineamientos y guías elaboradas por la DMTyDI de la DGEPLADES, por un lado, y la Ley General de Salud, su Reglamento, la Norma 007 y otros lineamientos elaborados desde las áreas que en la Secretaría de Salud, tienen la atribución de supervisar y regular el campo de la atención en salud materna. Los documentos elaborados por la DMTyDI parten en muchos casos de una visión de la interculturalidad armónica y horizontal, la cual no corresponde a las relaciones—marcadas principalmente por una franca hegemonía, discriminación y exclusión—que personal de salud y autoridades de este sector establecen concretamente en la cotidianidad con muchas parteras indígenas. Sin embargo, estos documentos también reconocen el marco de los derechos colectivos de los pueblos indígenas y ubican el ejercicio de la partería indígena dentro de ese marco de derecho.

El problema más fuerte que se enfrenta en México, sin embargo, se encuentra en la brecha de implementación entre lo que el marco jurídico, legislativo y normativo establece, aun con todas sus ambivalencias, contradicciones y limitaciones, por un lado, y lo que sucede en la realidad, por el otro. El análisis de esa brecha trasciende obviamente el objetivo de este documento, pero es ahí donde en realidad, las discrepancias alcanzan su mayor nivel.



## Conclusiones

Este recorrido por los marcos jurídicos, legislativos y normativos a nivel multilateral, internacional y nacional nos ha ilustrado los fundamentos legales que sostienen, protegen y tendrían que garantizar el libre ejercicio de la partería indígena en el marco de los derechos colectivos de los pueblos indígenas.

Al mismo tiempo, nos ha revelado la enorme multiplicidad de situaciones que experimenta legalmente la partería indígena en distintos países donde históricamente ha jugado un papel importante en la reproducción y el cuidado de las mujeres indígenas y sus familias, así como la diversidad y la complejidad que caracteriza la legislación y la normatividad de salud materna y perinatal entre distintos países y al interior de cada uno.

En lo que sigue, tratamos solamente de compartir unas cuantas reflexiones finales adicionales que este recorrido nos permite generar. En primer lugar, encontramos un paralelo interesante entre las ausencias de mención a la partería indígena y/o tradicional en los documentos programáticos de las agencias de Naciones Unidas que tienen el mandato de diseñar la política global en salud materna y asesorar a los países miembros en esta materia, y las ausencias en algunos de los documentos programáticos o normativos en salud materna, generados por la Secretaría de Salud en México. Pareciera que esta falta de inclusión tiene que ver con el desconocimiento de las aportaciones de las parteras indígenas a la salud materna y neonatal por el simple hecho de no contar con un título de estudio como profesionales de la salud. Esta equiparación entre lo profesional y el ser personal calificado ignora que muchas parteras indígenas han adquirido y afinado sus conocimientos en cómo atender de manera oportuna y con calidad y calidez a las mujeres gestantes y parturientas a través de muchos años de experiencia; no toma en cuenta además el papel real que estas parteras desempeñan en cuanto a su volumen de atención, invisibilizando nuevamente sus aportes que además no involucran costos para el sistema institucional de salud. Finalmente, es un indicador de cómo se jerarquizan los saberes y se privilegia a la formación escolarizada y profesional biomédica desde el sector Salud y desde las agencias expertas en materia de salud.



Un segundo punto que se quisiera retomar y enfatizar es el cisma que se ha promovido entre partería profesional y partería tradicional, olvidando así que ambas comparten una misma filosofía de fondo con respecto al manejo oportuno y cálido de un evento tan trascendental en la vida de una mujer y del nascituro que es el mismo nacimiento. Esta escisión en las plataformas programáticas en salud materna de los organismos de Naciones Unidas y, de manera incipiente, también en la normatividad mexicana, hace mucho más difícil que la partería en su conjunto pueda reconocer sus valores y orientaciones comunes y librar batallas para su amplio reconocimiento en y desde los sistemas institucionales de salud.

El recorrido nos ha hecho también atestiguar que es muy común que opere otra escisión en referencia a la partería indígena tradicional. Se le reconoce y se le promueve, por lo menos a nivel jurídico o de reivindicación política, por ser parte de los saberes y prácticas culturales de los pueblos indígenas, pero se desconocen y se invisibilizan sus aportes técnicos y humanos como recurso en la salud materna. Como analizamos cuando se revisó el marco legal y normativo promovido por organismos multilaterales, esta discrepancia no permite precisamente la armonización de plataformas programáticas como las que el Foro Permanente para las Cuestiones de los Pueblos Indígenas recomienda y promueve; asimismo, no permite avanzar en la armonización del marco jurídico, legislativo, programático y normativo en el caso de México.

La revisión de las experiencias de distintos países latinoamericanos donde la partería indígena tiene una presencia y una relevancia importantes, nos ha enseñado que existen distintos caminos para promover, reconocer y/o apoyar a la partería indígena; todos ellos, con ventajas y desventajas específicas. Estos caminos posibles conllevan a la identificación de varios puntos álgidos. Uno de ellos tiene que ver con la relación de la partería indígena con el Estado y sus instituciones (en particular y especialmente, el Sector Salud), la cual puede ir de un extremo representado por la autonomía y la autodeterminación, por un lado, a la incorporación plena al sistema institucional de salud, por el otro. En este último caso, es crucial identificar y romper las relaciones asimétricas de poder con la institucionalidad hegemónica biomédica y la búsqueda de una relación intercultural en salud que sea realmente respetuosa y horizontal, por lo que la articulación y el enfoque de interculturalidad que se propone o establece desde el Estado necesita someterse a un profundo escrutinio.

Un tercer punto, relacionado con los anteriores pero con su propia especificidad, se refiere a la institucionalización y regulación de la partería indígena la cual puede implicar desde el registro y codificación de sus recursos terapéuticos, el establecimiento de un sistema de acreditación para sus integrantes y el normar y protocolizar sus procedimientos, por un lado y como se emprendió en Bolivia, hasta la situación opuesta donde se opta por la no regulación, la no certificación y la no injerencia de estos mecanismos para uniformar saberes y prácticas de acuerdo a estándares específicos acordados previamente.

Un cuarto punto tiene que ver con la posibilidad o no, de compenetrar los conocimientos clínicos biomédicos con los saberes y prácticas ancestrales como un camino de formación y de ejercicio de la partería que permite ejercerla desde la autonomía y puede preservar la



identidad cultural, al mismo tiempo que se obtiene un reconocimiento formal por parte del Estado, como nos enseña el caso canadiense.

Finalmente, un quinto punto se relaciona con la selección del camino a emprender en la lucha política por el reconocimiento y el fortalecimiento de la partería: si a través de la identificación de la partería como patrimonio cultural y como parte de derechos de colectividades (como el caso colombiano nos enseña), por un lado, o como recurso valioso, importante y oportuno para la salud materna, por el otro (como se ha intentado promover de distinta manera en las experiencias de Ecuador y Guatemala) o si valdría la pena impulsar ambos caminos; lo cual evidentemente tiene que ver con las posibilidades de cabildeo e incidencia en cualquiera o ambas de estas vías.

Por último, nos parece importante concluir esta revisión recordando que un marco jurídico, legislativo y normativo favorable y respetuoso hacia la partería indígena es solo un primer paso necesario pero nunca suficiente en la lucha para el reconocimiento y el fortalecimiento de estos saberes y prácticas ancestrales que tanto pueden aportar a la salud materna de las mujeres indígenas. No hay que perder de vista que, aun si y cuando se logre en México armonizar este marco en pro de la partería indígena, el siguiente paso será probablemente el más difícil de lograr. Colmar la brecha de implementación, sigue siendo el reto más grande que se tiene en frente.





# Bibliografía

**Aboriginal Health Access Centres. (S.f)** *Aboriginal midwifery.*

Disponible en: <https://soahac.on.ca/>

**Asamblea Nacional de la República del Ecuador (2008)** *Constitución de la República del Ecuador.* Ecuador. Recuperada el 04/julio/2021.

Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6716.pdf>

**Association Of Ontario Midwives (s.f.).** *Indigenous midwifery.*

Disponible en: <https://www.ontariomidwives.ca/>

**Blais, E. (2019)** El reconocimiento de la partería tradicional. El derecho a la aplicación y transmisión de saberes. Experiencia de la asociación de Parteras de Ontario, en: *La Partería Tradicional en la prevención de la Violencia Obstétrica y en su defensa como un derecho cultural.* Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, pp.30-32.

Disponible en: <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/parteria-tradicional.pdf>

**Brandão, T., y Moral, A. (2021)** Diálogos alrededor de las leyes y las prácticas de inclusión de la partería en el Sistema Nacional de Salud Pública del Ecuador. En: *Las parteras tradicionales en América Latina. Cambios continuidades ante un etnocidio programado* (pp. 359-379). Puerto Rico: Editorial Luscinia C.E.

Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/23839/1/21%20MORAL%20DIALOGOS%20ALREDEDOR.pdf>

**British Columbia Parliament (2008)** *Midwives Regulation* REG. 281/2008. British Columbia.

Disponible en: [https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/complete/statreg/281\\_2008](https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/complete/statreg/281_2008)

**British Columbia Parliament (2019)** *Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act SBC-2019*

Chapter 44. British Columbia.

Disponible en: [file:///C:/Users/pc/Dropbox/Mi%20PC%20\(admin\)/Documents/Parter%C3%ADa%20in-d%C3%ADgena/Canad%C3%A1/Leyes/Columbia%20Brit%C3%A1nica/Declaration%20on%20the%20Rights%20of%20Indigenous%20Peoples%20Act.html](file:///C:/Users/pc/Dropbox/Mi%20PC%20(admin)/Documents/Parter%C3%ADa%20in-d%C3%ADgena/Canad%C3%A1/Leyes/Columbia%20Brit%C3%A1nica/Declaration%20on%20the%20Rights%20of%20Indigenous%20Peoples%20Act.html)

**Burbano Villarreal, M. E. (2020)** *Parteras en el Ecuador: testimonios de resistencia*. Tesis. Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador, pp. 84.  
Disponible en: <http://hdl.handle.net/10644/7977>

**Canadian Midwifery Regulators Council. (s.f.).** *About CMRC*.  
Disponible en: <http://cmrc-ccosf.ca/about-cmrc#initiatives>

**Congreso de la República (1985).** *Constitución Política de la República de Guatemala*. Guatemala.  
Disponible en: [https://www.congreso.gob.gt/marco\\_legal#gsc.tab=0](https://www.congreso.gob.gt/marco_legal#gsc.tab=0)

**Congreso de la República de Guatemala. (2010).** Decreto número 32-2010. *Ley de Maternidad Saludable*. Diario de CentroAmérica, Guatemala.  
Disponible en: [file:///C:/Users/pc/Dropbox/Mi%20PC%20\(admin\)/Downloads/032-2010.pdf](file:///C:/Users/pc/Dropbox/Mi%20PC%20(admin)/Downloads/032-2010.pdf)

**Congreso de la Unión, Cámara de Diputados.** *Ley del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas*. Texto Vigente Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2018.  
Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LINPI\\_041218.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LINPI_041218.pdf)

**Congreso de la Unión, Cámara de Diputados.** *Ley General de Salud*. Última reforma publicada DOF 01-06-2021  
Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_General\\_de\\_Salud.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)

**Congreso de la Unión, Cámara de Diputados.** *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*. Última reforma publicada DOF 17-07-2018.  
Disponible en: <https://vlex.com.mx/vid/reglamento-ley-salud-materia-ma-dia-479596759>

**Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917)** Última reforma publicada DOF 28-05-2021.  
Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_280521.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_280521.pdf)

**Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. 2009.**  
Disponible en: [https://www.oas.org/dil/esp/constitucion\\_bolivia.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_bolivia.pdf)

**Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) 2018.** *XVIII Censo de Población y VII de Vivienda*. Colombia.

**Department Of Justice Canada (2012).** *The Constitution Acts 1867 to 1982*. Canada.  
Recuperado de: [https://laws-lois.justice.gc.ca/pdf/const\\_e.pdf](https://laws-lois.justice.gc.ca/pdf/const_e.pdf)

**Epoo, B., Stonier, J., Van Wagner, V., y Harney E. (2012)** *Learning Midwifery in Nunavik: Community-based Education por Inuit Midwives*. A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health. Canada. pp. 283-299.  
Disponible en: <https://journalindigenousandwellbeing.com/wp-content/uploads/2013/02/03EpooStonier.pdf>

**Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas.** Informe sobre el 17º. Período de sesiones (16 a 27 de abril de 2018) Consejo Económico y Social, documentos oficiales, 2018. Suplemento núm. 23.  
Disponible en: <https://undocs.org/es/E/2018/43>

Gobierno de la República. *Plan Nacional de desarrollo 2013-2018*.

Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013)

Gobierno de la República. *Plan Nacional de desarrollo 2019-2024*.

Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019)

Gobierno de la República. *Programa Nacional de los Pueblos Indígenas 2018-2024*.

Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/423227/Programa-Nacional-de-los-Pueblos-Indigenas-2018-2024.pdf>

Gobierno de la República. *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*.

Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020)

Gobierno de la República. *Programa Sectorial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*.

Disponible en: <https://www.gob.mx/sectur/documentos/programa-sectorial-derivado-del-plan-nacional-de-desarrollo-2019-2024>

González-Fernández, J. A., & Díaz-Alfaro, S. (2014). *Análisis de la Ley General de Salud*.

Salud Pública de México, 26(6), 524-536.

Recuperado a partir de: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/503>

Grek, K. (2018) *Decolonizing childbirth: inuit midwifery and the return of delivery to the Canadian north*. Tesis

Dalhousie University, pp. 136. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10222/74142>

Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA) 2021. *El mundo indígena 2021*.

35ª edición. IWGIA. Disponible en: <https://www.iwgia.org/es/recursos/mundo-indigena.html>

James S., O'Brien B., Bourret K., Kango N., Gafvels K y Paradis-Pastori J. (2010). *Meeting the needs of Nunavut families: a community-based midwifery education program*. Rural and Remote Health; 10: 1355.

<https://doi.org/10.22605/RRH1355>

Kenhtè: ke Midwives (s.f.). *Sheyentérha'n ne Onkwentyóhkwa Meet the Team*.

Disponible en: <https://kenhtekemidwives.com/meet-the-team/>

K'Tigaaning Midwives (2020) *Our team*. Disponible en: <http://ktigaaningmidwives.com/1229-2/5/>

Legislative Assembly of Nunavut (2008) *Consolidation of Midwifery profession Act. S.Nu. 2008*. c.18. Nunavut,

<https://www.nunavutlegislation.ca/en/consolidated-law/midwifery-profession-act-consolidation>

Legislative Assembly of Ontario (1991a) *Midwifery Act 1991*. S.O. 1991, c. 31. Ontario.

Disponible en: <https://www.ontario.ca/laws/statute/91m31>

Legislative Assembly of Ontario (1991b) *Regulated Health Professions Act 1991*. S. O, 1991, c. 18.

Disponible en: <https://www.ontario.ca/laws/statute/91r18#BK24>

Menéndez, Eduardo (1994). *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?* Alteridades, vol. 4, núm. 7, pp. 71-83

Ministerio de Salud Pública (2008) *Guía técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Ecuador. pp. 61. Disponible en: <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20-%20Parto%20culturalmente%20adecuado.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2020) *Protocolo con Pertinencia intercultural para la prevención y atención de la COVID-19 en Pueblos y Nacionalidades Indígenas, Afroecuatorianos y Montubios del Ecuador de agosto de 2020*. Ecuador. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/ACTUALIZACION-2.0-PROTOCOLO-CON-PERTINENCIA-INTERCULTURAL-PARA-LA-PREVENCIÓN-Y-ATENCIÓN-DEL-COVID-19-EN-PUEBLOS-Y-NACIONALIDADES-INDÍGENAS-AFROECUATORIANOS-Y-MONTUBIOS-DEL-ECUADOR-1.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2021) *Vacunación contra la COVID-19 en pueblos y nacionalidades Indígenas, Afroecuatorianos y Montubios del Ecuador*. Ecuador. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/Lineamientos-para-la-vacunacion-contra-la-COVID-19-a-Pueblos-y-Nacionalidades-julio2021.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) *Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021*. Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Ecuador. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/04/PLAN-NACIONAL-DE-SS-Y-SR-2017-2021.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015) *Manual de Articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el sistema nacional de salud*. Ecuador, pp. 33. Disponible en: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac\\_00000070\\_2016%2019%20jul.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_00000070_2016%2019%20jul.pdf)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011) *Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural de Guatemala*. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Programa de Medicina Tradicional y Alternativa. Guatemala. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/2018/ManualAdecuacionCulturalPartoVertical.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011) *Ruta Crítica para la construcción de la Política Nacional de Comadronas*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala pp. 41. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/2018/RutaCriticapara-laConstrucciondePoliticaComadronas.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2015) *Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala 2015-2025*. Guatemala, pp. 30. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/PoliticaComadronas2016.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2020) *Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala (2015—2025) Plan de Acción 2021-2025*. Guatemala. Recuperado de: <https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/2021/Plan-2021-2025-Politica-Comadronas-gt.pdf>

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2021) *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2021-2025***. PP. 45. Guatemala. Disponible en: <https://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2021/06/008-PLAN-REDUCCIOIN-MUERTE-MATERNA-Y-NEONATAL.pdf>

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2021) *Plan Nacional de Vacunación contra la Covid-19. República de Guatemala***. Guatemala. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/component/jdownloads/send/891-documento-plan-nacional-de-vacunaci%C3%B3n-contra-la-covid-19/7461-plan-nacional-vacunaci%C3%B3n-contra-covid-19.html>

**Ministry of Health and Long-Term Care (2016a) *Introduction to Midwifery Services in and for Aboriginal Communities, Ontario***. Ontario. pp. 6 Disponible en: [https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/midwife/docs/1\\_intro\\_midwifery\\_srvcs\\_en.pdf](https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/midwife/docs/1_intro_midwifery_srvcs_en.pdf)

**Ministry of Health and Long-Term Care (2016b) *Guide to Completing an Aboriginal Midwifery Program Application Form***. Ontario. pp. 11. Disponible en: [https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/midwife/docs/3\\_amp\\_application\\_guide\\_en.pdf](https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/midwife/docs/3_amp_application_guide_en.pdf)

**National Aboriginal Council of Midwives (2014) *Bringing birth back Aboriginal midwifery toolkit***. Canadá. Disponible en: <https://indigenoumidwifery.ca/wp-content/uploads/2018/10/Aboriginal-Midwifery-Toolkit.pdf>

**National Aboriginal Council of Midwives (2016) *The landscape of midwifery care for aboriginal communities in Canada. A discussion paper to support culturally safe midwifery services for aboriginal families***. Canada, pp. 23 Disponible en: [https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2017/03/NACM\\_LandscapeReport\\_2016-\\_REV\\_July18\\_LOW-1.pdf](https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2017/03/NACM_LandscapeReport_2016-_REV_July18_LOW-1.pdf)

**National Aboriginal Council of Midwives (2017). *Rooted in our past looking to our future***. Canada, pp.14. Disponible en: [https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2017/03/NACM\\_SituationalAnalysis\\_2017-\\_Low-resolution.pdf](https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2017/03/NACM_SituationalAnalysis_2017-_Low-resolution.pdf)

**National Assembly of Quebec (1999). *Midwives Act***. Publications Québec. Disponible en: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/S-0.1>

**Nunatsiaq News (2021) *Nunavut health minister speaks up about Inuit midwives who quit citing racism***. Disponible en: <https://nunatsiaq.com/stories/article/nunavut-health-minister-speaks-out-over-inuit-midwives-who-quit-citing-racism/>

**Onkwehon:we Midwives Collective (S.f.). *Our team***. Disponible en: <https://onkwehonwemidwives.com/our-team/>

**Parliament Canadian (1985) *Act Health 1985***. Disponible en: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/fulltext.html>

**Pico Arregui, I. D. L. M. (2020) *Formas de transmisión del saber de las parteras afro descendientes del cantón Muisne***. TESIS. Modalidad Artículo profesional. Universidad Politécnica Salesiana, pp. 34. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/19577>

**Robinson, K. (2017)** The professional framework for midwifery practice in Canada. En: Hutton, K. E, Murray D, B., Kaufmann K, Carty E. y Butler M. (Eds.). *Comprehensive midwifery; the role of the midwife in health care practice, education, and research*. Canadá: The e-Book Foundry @ McMaster University.

Disponible en: [file:///C:/Users/pc/Dropbox/Mi%20PC%20\(admin\)/Documents/Parter%C3%ADa%20in-d%C3%ADgena/Canad%C3%A1/Leyes/The%20Professional%20Framework%20for%20Midwifery%20Practice%20in%20Canada%20E2%80%93%20Comprehensive%20Midwifery\\_%20The%20role%20of%20the%20midwife%20in%20health%20care%20practice,%20education,%20and%20research.html](file:///C:/Users/pc/Dropbox/Mi%20PC%20(admin)/Documents/Parter%C3%ADa%20in-d%C3%ADgena/Canad%C3%A1/Leyes/The%20Professional%20Framework%20for%20Midwifery%20Practice%20in%20Canada%20E2%80%93%20Comprehensive%20Midwifery_%20The%20role%20of%20the%20midwife%20in%20health%20care%20practice,%20education,%20and%20research.html)

**Secretaría de la Paz. (2006)** *Los acuerdos de paz de Guatemala*. Presidencia de la República de Guatemala. Recuperado de: [http://www.muniguate.com/images/2011/user01/fuentes\\_monumentos/manitas\\_paz/acuerdosdepazenguatemala.pdf](http://www.muniguate.com/images/2011/user01/fuentes_monumentos/manitas_paz/acuerdosdepazenguatemala.pdf)

**Secretaría de Salud.** *Díptico Marco legal de la medicina y partería tradicional*. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/426953/RECUPERACION\\_HISTORICA\\_MEDICINA\\_TRADICIONAL\\_S.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/426953/RECUPERACION_HISTORICA_MEDICINA_TRADICIONAL_S.pdf)

**Secretaría de Salud.** *Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Parteras Tradicionales*. Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29576/MetodologiaEEM.pdf>

**Secretaría de Salud.** *Estrategia Para Fortalecer La Disponibilidad Y Continuidad De Los Servicios De Salud Sexual Y Reproductiva Por El Personal De Enfermería Y Partería Durante La Pandemia Por Covid-19*. Disponible en: [http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/estrategia\\_fortalecer\\_ss\\_sexual\\_reproductiva\\_COVID-19.pdf](http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/estrategia_fortalecer_ss_sexual_reproductiva_COVID-19.pdf)

**Secretaría de Salud.** *Fortalecimiento De Los Servicios De Salud En La Atención De Las Mujeres Indígenas Con Parteras Tradicionales". Consideraciones y lineamientos para su implementación con enfoque intercultural, en el Marco de respeto de los derechos humanos de las mujeres indígenas y la no discriminación*. Dirección de Medicina tradicional y desarrollo Intercultural de la dirección General de Planeación y Desarrollo. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicina-tradicional>

**Secretaría de Salud.** *Guía de autorización de las parteras tradicionales como personal no profesional sustentado en los Artículos 102 al 114 del Reglamento de Atención Médica*. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>

**Secretaría de Salud.** *Guía de implantación fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional*. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38485/ModeloFortalecimientoMedicinaTradicional.pdf>

**Secretaría de Salud.** *Guía de Implantación/implementación: Lineamientos Interculturales para la operación de los Servicios de Salud*. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud Dirección General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29327/LineamientosInterculturalesOperacion.pdf>

**Secretaría de Salud.** *Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida* (Versión 2: 20 de julio, 2021)

Disponible en: [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos\\_Prevencion\\_COVID19\\_Embarazos\\_V2.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos_Prevencion_COVID19_Embarazos_V2.pdf)

**Secretaría de Salud.** *Manual para el Llenado del Certificado de Nacimiento.* Dirección General de Información en Salud (2015). Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/manual-del-certificado-de-nacimiento-modelo-2015?state=published>

**Secretaría de Salud.** *Manual de Implementación del Certificado de Nacimiento.*

Dirección General de Información en Salud (2007).

Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CN\\_ManualImplementacion.pdf](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CN_ManualImplementacion.pdf)

**Secretaría de Salud.** *Norma Oficial Mexicana 007-Ssa2-2016*, para la atención de la Mujer durante el Embarazo (2016). Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

**Secretaría de Salud.** *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012*, en materia de información en salud (2012).

Disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-035-SSA3-2012.pdf>

**Secretaría de Salud.** *Política Intercultural en Salud Elementos esenciales. Enfoque intercultural se explicita en el Modelo de Atención Intercultural en Salud para Pueblos Indígenas y Afrodescendientes (MAISPIA)110.*

Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/601461/Modelo\\_de\\_Atencion\\_a\\_la\\_Salud\\_de\\_los\\_Pueblos\\_Indigenas\\_R.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/601461/Modelo_de_Atencion_a_la_Salud_de_los_Pueblos_Indigenas_R.pdf)

**Secretaría de Salud.** *Política Intercultural en Salud. Elementos Esenciales Modelo para la Atención Intercultural a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afromexicano* (2020).

Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>

**Secretaría de Salud.** *Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal (PAE-SMP)2013-18.*

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR).

Disponible en: [http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal\\_2013\\_2018.pdf](http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf)

**Secretaría de Salud.** *Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal (PAE-SMP) 2020-24.*

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR).

Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao>

**Seventh Generation Midwives Toronto (s.f.)** *Our midwives.*

Disponible en: <https://www.sgmt.ca/>

**Six Nations Council. (s.f.)** *Aboriginal Midwifery Training Program. Ontario.*

Disponible en: <http://www.snhs.ca/midBackground.htm>

**Truth and Reconciliation Commission of Canada (2015)** *Calls to Action.* Manitoba, pp. 10. Disponible en:

[https://ehprnh2mw03.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/01/Calls\\_to\\_Action\\_English2.pdf](https://ehprnh2mw03.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/01/Calls_to_Action_English2.pdf)

**Ugalde, Antonio (1985).** *Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs.* Social Science and Medicine 21(1):41-53.

**UNFPA.** *El estado de las parteras en el mundo 2021.*

Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/sowmy>

**Valencia, Z. J. E. (2009).** *Sistema de Salud Canadiense.* CES Medicina, 13(1), 47-56.

Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/773>

