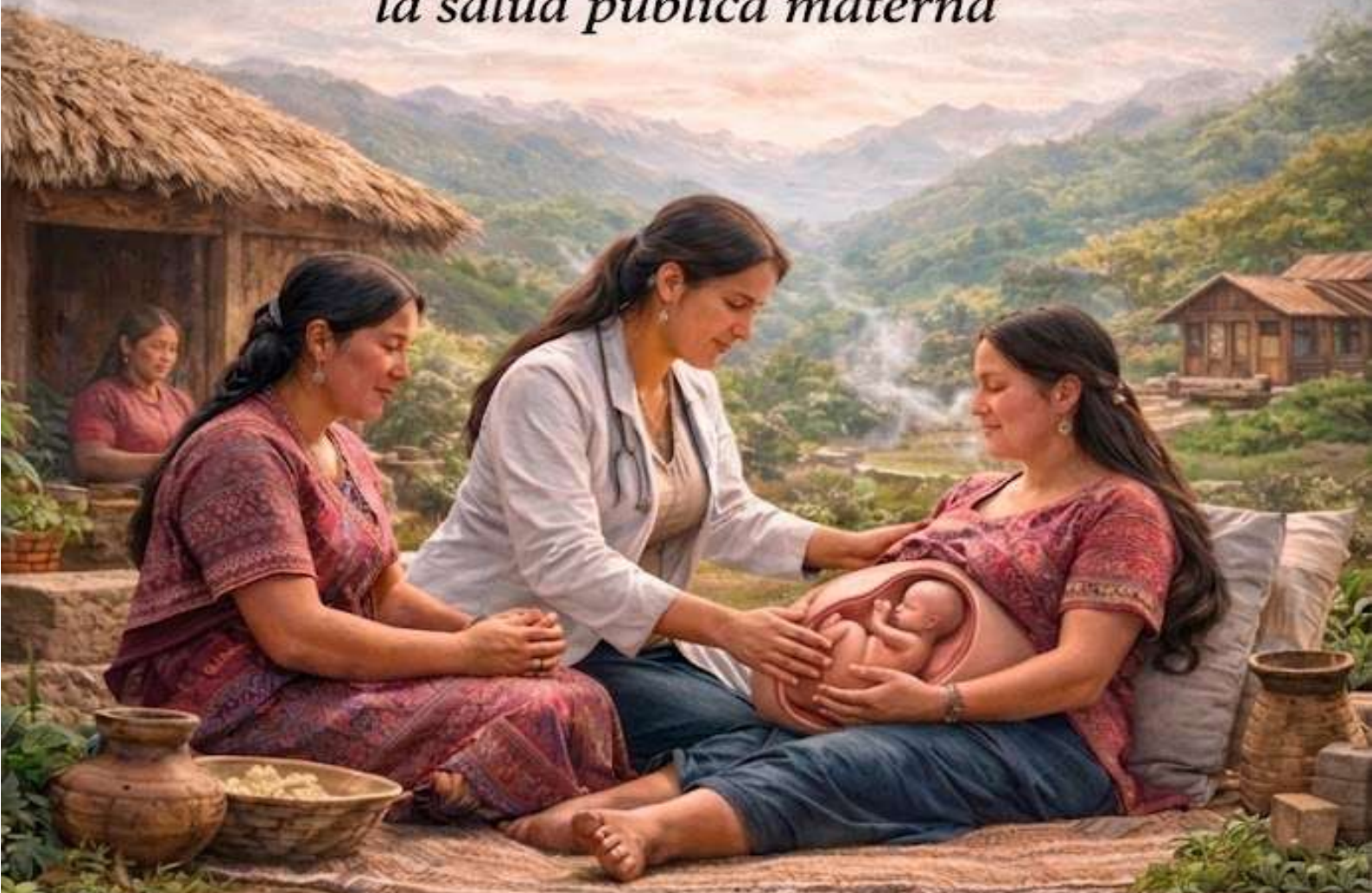




OBSTETRICIA ANCESTRAL e INTERCULTURALIDAD

*Saberes tradicionales en
la salud pública materna*



Obst. Jéssica Alexandra Tufiño Macas. Mg.
Obst. Erika Yesenia Inga Gualotuña. Mg.
Obst. Denis Alfredo Arévalo Jumbo. Mg.
Dra. María Norquis Colás Bruzón. Esp.

Editado y distribuido por

CASA EDITORA DEL POLO

Manta, Manabí, Ecuador 2025

Correo electrónico: revistapolodelco@gmail.com

Hecho el Depósito de Ley.

Depósito Legal:

ISBN:

Serie: Obstetricia

**OBSTETRICIA ANCESTRAL E INTERCULTURALIDAD: SABERES
TRADICIONALES EN LA SALUD PÚBLICA MATERNA**

Autores:

Obst. Jéssica Alexandra Tufiño Macas. Mg.

uq.jessicatm15@uniandes.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-3163-8317>

Obst. Erika Yesenia Inga Gualotuña. Mg.

uq.erikalg7@uniandes.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-4772-0369>

Obsta. Denis Alfredo Arévalo Jumbo. Mg.

uq.denlsal94@uniandes.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0001-8506-9546>

Dra. María Norquis Colás Bruzón. Esp.

uq.marlacb23@uniandes.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0004-3706-765>

Todas las obras publicadas por la Casa Editora del Polo se someten previamente a un riguroso proceso de evaluación académica llevado a cabo por pares expertos debidamente acreditados. Esta obra está destinada exclusivamente al uso personal y colectivo en actividades de carácter académico, investigativo, formativo y de divulgación científica.

Esta obra está bajo una licencia internacional

Revisión, Ortografía y Redacción

Lcda. Thalía Cifuentes Rojas MSc.

Diseño de portada

Lcda. Rosa Marianella Contreras Jordán. MSc.

Diagramación:

Ing. Gabriela Almache Granda MSc.

CONSTANCIA DE ARBITRAJE ACADÉMICO PARA PUBLICACIÓN EN FORMATO DIGITAL

La Casa Editora del Polo certifica que el manuscrito presentado para su publicación en formato digital ha sido sometido a un proceso de arbitraje académico exhaustivo, conforme a los estándares internacionales de evaluación por pares.

El proceso fue desarrollado por evaluadores externos con formación doctoral, seleccionados por su solvencia académica, producción científica y experticia disciplinar. La evaluación se llevó a cabo bajo la modalidad de arbitraje doble ciego, asegurando la independencia, transparencia e imparcialidad de los dictámenes.

Los especialistas designados analizaron de manera sistemática los siguientes criterios:

- Solidez metodológica y coherencia epistemológica,
- Pertinencia, vigencia y profundidad del marco teórico,
- Originalidad, aporte científico y relevancia para el campo de estudio,
- Consistencia argumentativa, claridad expositiva y estructura lógica del texto,
- Cumplimiento de estándares editoriales, éticos y de calidad académica,
- Adecuación del contenido a los requisitos técnicos para su difusión digital.

Tras concluir el proceso de evaluación, el manuscrito obtuvo un dictamen favorable, condicionado a la incorporación de las recomendaciones formuladas por los árbitros, las cuales fueron atendidas satisfactoriamente por los autores.

Comité Editorial

**RESOLUCIÓN DEL RECTORADO DE LA
UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES (UNIANDES)**

Considerando

Que, la **Obst. Jessica Alexandra Tufiño Macas, Mg.**; la **Obst. Erika Yesenia Inga Gualotuña, Mg.**; el **Obst. Denis Alfredo Arévalo Jumbo, Mg.**; y la **Dra. María Norquis Colás Bruzón, Esp.**, han desempeñado importantes funciones como profesores en la Universidad Regional Autónoma de Los Andes (UNIANDES).

Que, en el desempeño de sus funciones han demostrado capacidad profesional, eficiencia, y lealtad institucional, constituyéndose en docentes e investigadores que han propiciado el desarrollo y fortalecimiento de la UNIANDES.

Que, en el período de sus ejercicios docentes han demostrado un alto nivel de conocimientos, excelentes métodos pedagógicos y el nexa hacia sus estudiantes, por lo que han sido y son estimados y respetados en el campo académico de nuestra universidad.

Que, la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES) prevé que las Instituciones de Educación Superior deben incentivar a sus docentes y docentes investigadores en la generación de obras de carácter científico relevante para el desempeño de sus actividades, y por ende este Rectorado apoya a los distintos docentes y profesionales administrativos para que desarrollen y publiquen obras en el contexto de su gestión.

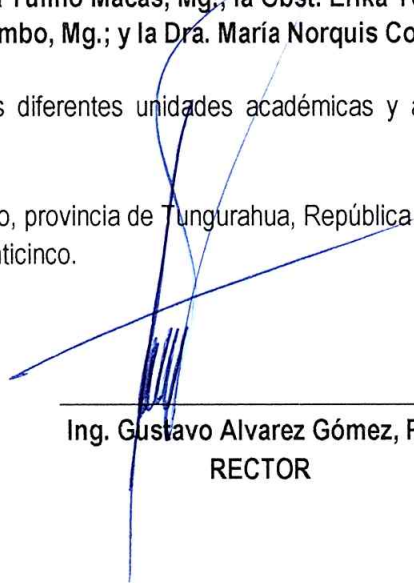
Que, la UNIANDES ha presentado los informes técnicos favorables (avales de pares) para que se impulse el desarrollo investigativo, la elaboración del contenido y la publicación de la obra **“Obstetricia Ancestral e Interculturalidad: saberes tradicionales en la salud publica materna”**, la cual puede convertirse en un aporte para la comunidad científica universitaria.

Por tanto, el Rectorado de conformidad al art. 48 de la Ley Orgánica de Educación Superior y en concordancia con el art. 34 del Estatuto de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes (UNIANDES):

RESUELVE:

- 1) Auspiciar y conceder el aval académico de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes (UNIANDES) en favor de la investigación, desarrollo y publicación de la obra **“Obstetricia Ancestral e Interculturalidad: saberes tradicionales en la salud publica materna”**, cuya autoría le corresponde a: **la Obst. Jessica Alexandra Tufiño Macas, Mg.**; **la Obst. Erika Yesenia Inga Gualotuña, Mg.**; **el Obst. Denis Alfredo Arévalo Jumbo, Mg.**; y **la Dra. María Norquis Colás Bruzón, Esp.**
- 2) Comuníquese a las diferentes unidades académicas y administrativas para los fines legales pertinentes.

Dado en la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua, República del Ecuador, a los veinte días del mes de diciembre del dos mil veinticinco.



Ing. Gustavo Alvarez Gómez, PhD
RECTOR



UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES UNIANDES
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
INFORME DEL EVALUADOR DE LIBROS

Nombre y apellidos del evaluador: Ing. Kerly Jazmin Feijóo Rojas. MSc.

Grado académico: Phd.

Institución donde labora: Universidad Técnica de Babahoyo.

Cargo o función que desempeña: Docente Titular

Título del libro: Obstetricia Ancestral e Interculturalidad: Saberes Tradicionales en la Salud Pública Materna

Criterio	Mal	Regular	Bien	Excelente
1. El tema tratado es de actualidad e importancia para la ciencia específica.				X
2. La extensión del libro es adecuada				X
3. El análisis teórico es actualizado (más del 50% de las referencias son de los últimos cinco años)				X
4. El libro denota un aporte a la disciplina que aborda				X
5. Está bien fundamentada la teoría incluida en el libro				X
6. Se evidencia objetividad en los temas tratados				X
7. Aborda las corrientes principales de la ciencia específica				X
8. Los datos abordados en el libro se encuentran validados por métodos que lo fundamentan.				X
9. La redacción y ortografía son buenas.				X
10. Existe relación entre el título y los aspectos abordados en el libro.				X
11. Los cuadros, tablas y figuras tienen buena calidad.				X

Aspectos a comentar.

Comente en una o varias hojas los siguientes elementos relacionados con el libro.

- Actualidad e importancia del libro.
- Aporte al estudio de la ciencia específica que trata.
- Objetividad de la información presentada
- Actualidad de las citas y referencias bibliográficas.
- Validez de los datos incluidos en el libro.

Finalmente marque con una X su criterio general sobre la obra analizada

Publicar de manera directa	X
Publicar con adecuaciones menores (hasta 30 días para solucionar)	
Publicar con adecuaciones mayores (hasta 90 días para solucionar)	
No publicar	



Kerly Jazmin
Feijóo Rojas



Firma:

MSc. Kerly Jazmin Feijóo Rojas. PHD.

Fecha: 20 de marzo de 2026.



UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES UNIANDES
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
INFORME DEL EVALUADOR DE LIBROS

Nombre y apellidos del evaluador: Lcda. Maira María Rodríguez Torres.

Grado académico: Master.

Institución donde labora: Universidad Técnica de Babahoyo

Cargo o función que desempeña: Docente

Título del libro: Obstetricia Ancestral e Interculturalidad: Saberes Tradicionales en la Salud Pública Materna

Criterio	Mal	Regular	Bien	Excelente
12. El tema tratado es de actualidad e importancia para la ciencia específica.				X
13. La extensión del libro es adecuada				X
14. El análisis teórico es actualizado (más del 50% de las referencias son de los últimos cinco años)				X
15. El libro denota un aporte a la disciplina que aborda				X
16. Está bien fundamentada la teoría incluida en el libro				X
17. Se evidencia objetividad en los temas tratados				X
18. Aborda las corrientes principales de la ciencia específica				X
19. Los datos abordados en el libro se encuentran validados por métodos que lo fundamentan.				X
20. La redacción y ortografía son buenas.				X
21. Existe relación entre el título y los aspectos abordados en el libro.				X
22. Los cuadros, tablas y figuras tienen buena calidad.				X

Aspectos a comentar.

Comente en una o varias hojas los siguientes elementos relacionados con el libro.

- f) Actualidad e importancia del libro.
- g) Aporte al estudio de la ciencia específica que trata.
- h) Objetividad de la información presentada
- i) Actualidad de las citas y referencias bibliográficas.
- j) Validez de los datos incluidos en el libro.

Finalmente marque con una X su criterio general sobre la obra analizada

Publicar de manera directa	X
Publicar con adecuaciones menores (hasta 30 días para solucionar)	
Publicar con adecuaciones mayores (hasta 90 días para solucionar)	
No publicar	



Firmado electrónicamente por:
**MAIRA MARIA
RODRIGUEZ TORRES**

Firma:

Lcda. Maira María Rodríguez Torres. MSc.

Fecha: 22 de marzo de 2026.

CONTENIDO

01 PRÓLOGO

02 INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1:

Obstetricia desde la perspectiva ancestral y de salud pública

- 03
 - 1.1 Introducción
 - 1.2 Definición de obstetricia ancestral, tradicional e intercultural
 - 1.3 Diferencias entre partería tradicional, partería profesional y obstetricia clínica
 - 1.4 Enfoque de salud pública aplicado al ciclo reproductivo

CAPÍTULO 2: Evolución histórica y cosmovisión del parto en comunidades originarias

- 04
 - 2.1 Evolución histórica de los saberes de partería en comunidades originarias
 - 2.2 Cosmovisión, maternidad y significados culturales del parto
 - 2.3 Rol social, legitimidad y transmisión intergeneracional del conocimiento

CAPÍTULO 3: Prácticas ancestrales en la gestación, el parto y el puerperio

- 05
 - 3.1 Rituales, acompañamiento emocional y espiritualidad en la gestación
 - 3.2 Uso tradicional de plantas medicinales y preparados: criterios de uso y precauciones
 - 3.3 Masajes, sobadas, posiciones, calor/frío y otras técnicas corporales
 - 3.4 Dietas, restricciones y prácticas de cuidado prenatal y puerperal

CAPÍTULO 4: Riesgos, articulación intercultural y salud pública materna

- 06
 - 4.1 Lecturas tradicionales del riesgo: signos de alarma en embarazo y puerperio
 - 4.2 Riesgos obstétricos prioritarios y su correlato clínico: convergencias y divergencias
 - 4.3 Nacimiento en casa vs. nacimiento institucional: motivaciones, beneficios y tensiones
 - 4.4 Determinantes sociales del embarazo y parto en contextos rurales y periurbanos

07 REFERENCIAS

PRÓLOGO

La salud materna constituye uno de los campos más sensibles y complejos de la salud pública, no solo por su impacto directo en la vida de las mujeres, los recién nacidos y las familias, sino también porque refleja con nitidez las desigualdades sociales, culturales y territoriales que persisten en nuestras sociedades. En este contexto, la obstetricia no puede comprenderse únicamente desde la perspectiva biomédica tradicional, sino como un entramado de saberes, prácticas, relaciones sociales y significados culturales que han acompañado históricamente el proceso del nacimiento.

El presente libro, *Obstetricia Ancestral e Interculturalidad: Saberes Tradicionales en la Salud Pública Materna*, propone una lectura profunda, crítica y respetuosa de la obstetricia ancestral, reconociéndola como un patrimonio vivo de los pueblos y comunidades, construido a partir de la observación empírica, la transmisión intergeneracional y la validación comunitaria. Lejos de idealizar o romantizar estas prácticas, la obra ofrece un análisis equilibrado que valora su aporte cultural y social, al tiempo que examina sus límites y desafíos desde una perspectiva de seguridad materno-neonatal.

A lo largo de sus capítulos, el libro establece un diálogo riguroso entre la obstetricia ancestral, la medicina tradicional y la obstetricia clínica contemporánea, situando este intercambio dentro del marco de la salud pública y los determinantes sociales de la salud. Se aborda con claridad cómo factores como la pobreza, la ruralidad, la distancia geográfica, la discriminación cultural y las barreras lingüísticas influyen en el acceso y la calidad de la atención materna, y cómo, en muchos territorios, la partería tradicional continúa siendo el primer y, en ocasiones, el único nivel real de atención para las mujeres gestantes.

Uno de los aportes más relevantes de esta obra es su enfoque intercultural, entendido no como una simple adecuación superficial de los servicios de salud, sino como un modelo de articulación basado en el respeto, el enfoque de derechos, la pertinencia cultural y la seguridad clínica. El texto analiza con solvencia el marco jurídico ecuatoriano, evidenciando cómo el reconocimiento constitucional de la medicina ancestral y las políticas públicas en salud materna han abierto espacios formales para la integración de saberes, al tiempo que plantea los retos pendientes para una implementación efectiva y no simbólica.

Asimismo, el libro desarrolla criterios de prudencia y seguridad en el uso de prácticas tradicionales durante el embarazo, el parto y el puerperio, especialmente en relación con el empleo de plantas medicinales, técnicas corporales y cuidados comunitarios. Desde una perspectiva académica, la obra se distingue por su coherencia teórica, su lenguaje claro y su compromiso ético con el consentimiento comunitario, la salvaguardia del conocimiento tradicional y la prevención de la folklorización o estandarización descontextualizada de prácticas vivas. Al mismo tiempo, ofrece herramientas conceptuales y operativas útiles para estudiantes, profesionales de la salud, investigadores, tomadores de decisiones y actores comunitarios interesados en construir modelos de atención materna más humanos, equitativos y culturalmente pertinentes.



INTRODUCCIÓN



La atención del embarazo, el parto y el puerperio ha sido, históricamente, un ámbito de convergencia entre saberes médicos, culturales y comunitarios. Antes de la consolidación de la obstetricia clínica moderna, los pueblos desarrollaron sistemas propios de cuidado materno-perinatal basados en la observación empírica, la experiencia acumulada y la transmisión intergeneracional del conocimiento. Estos saberes, hoy reconocidos como obstetricia ancestral y medicina tradicional, continúan desempeñando un papel fundamental en la vida de millones de mujeres, especialmente en contextos de diversidad cultural, ruralidad y desigualdad social.

En América Latina, y de manera particular en países pluriculturales como el Ecuador, la salud materna sigue estando marcada por profundas brechas de acceso, calidad y continuidad de la atención. La mortalidad materna y neonatal, así como las complicaciones prevenibles durante el embarazo y el parto, no pueden explicarse únicamente desde una perspectiva clínica. Factores estructurales como la pobreza, la distancia geográfica, las barreras lingüísticas, la discriminación cultural, la violencia obstétrica y la desigualdad de género inciden de manera directa en las decisiones de las mujeres y en sus trayectorias de cuidado.

En este escenario, la obstetricia ancestral y la partería tradicional constituyen, en muchos territorios, el primer nivel real de atención materna. Las parteras y cuidadoras tradicionales no solo acompañan los procesos biológicos del embarazo y el parto, sino que sostienen redes de apoyo emocional, social y espiritual, ofreciendo una atención cercana, comprensible y culturalmente pertinente. Sin embargo, la relación entre estos saberes y el sistema de salud formal ha estado históricamente marcada por la invisibilización, la deslegitimación y la falta de articulación, lo que ha limitado la referencia oportuna y ha profundizado la desconfianza institucional. El presente libro, *Obstetricia Ancestral e Interculturalidad: Saberes Tradicionales en la Salud Pública Materna*, surge como una respuesta académica y social a esta problemática. Su propósito es analizar, desde una perspectiva crítica e integradora, el papel de la obstetricia ancestral en la salud pública contemporánea, reconociendo su valor cultural y comunitario, al tiempo que se examinan sus alcances, límites y desafíos en términos de seguridad materno-neonatal. La obra evita plantear una dicotomía entre tradición y biomedicina, y propone, en su lugar, un enfoque intercultural basado en el diálogo de saberes, el respeto a los derechos de las mujeres y la calidad de la atención.

CAPÍTULO 1

Obstetricia desde la
perspectiva
Ancestral y de Salud
Pública



Obstetricia desde la perspectiva ancestral y de salud pública

Introducción

La obstetricia, entendida como el conjunto de saberes y prácticas orientadas al cuidado de la gestación, el parto y el puerperio, no es un campo exclusivo de la medicina moderna. Mucho antes de la institucionalización hospitalaria y de la estandarización clínica, las comunidades desarrollaron sistemas de conocimiento propios para acompañar la reproducción humana, proteger la vida materna y neonatal y sostener el bienestar familiar.

En ese marco, la obstetricia ancestral constituye un patrimonio vivo, construido por generaciones mediante la observación, la experiencia y la transmisión oral, en el que convergen dimensiones biológicas, emocionales, sociales y espirituales del embarazo y el nacimiento. Este capítulo parte de la premisa de que dichos saberes no solo poseen relevancia cultural, sino también un potencial significativo para el abordaje de la salud materna desde la perspectiva de la salud pública, particularmente en contextos de diversidad étnica, ruralidad y desigualdad.

En América Latina —y de manera especial en países pluriculturales— persisten brechas estructurales en el acceso a servicios de salud oportunos, continuos y de calidad. La mortalidad materna y neonatal, así como las complicaciones prevenibles durante el embarazo y el parto, no pueden explicarse únicamente por variables clínicas; se relacionan estrechamente con determinantes sociales como pobreza, distancia geográfica, condiciones de transporte, escolaridad, violencia, discriminación, barreras lingüísticas y desigualdades de género.

En este escenario, la obstetricia ancestral suele operar como primer nivel real de atención en muchas comunidades: acompaña la gestación, identifica signos de alarma desde marcos interpretativos propios, orienta el cuidado del cuerpo y del entorno, y moviliza redes de apoyo. Sin



Figura 1 Obstetricia ancestral, imagen generada por los autores

embargo, la relación con el sistema formal de salud ha estado marcada históricamente por tensiones, invisibilizaciones o deslegitimación, lo que debilita la articulación, limita la referencia oportuna y afecta la confianza de las usuarias. El enfoque de salud pública propone mirar la salud materna como un fenómeno poblacional que exige estrategias preventivas, continuidad del cuidado y coordinación interinstitucional. Desde esta óptica, resulta insuficiente plantear el debate como una oposición entre “tradición” y “biomedicina”.

El desafío contemporáneo consiste en comprender los puntos de convergencia, reconocer los límites y riesgos de cada práctica, y construir modelos interculturales que integren pertinencia cultural con seguridad clínica. La pertinencia cultural implica que la atención no solo sea técnicamente correcta, sino también respetuosa de la cosmovisión, los valores, los idiomas, las formas de cuidado y las decisiones informadas de las mujeres, sin reducirlas a meras receptoras de servicios. A su vez, la seguridad clínica exige criterios claros para el reconocimiento de complicaciones, el manejo oportuno y la derivación efectiva cuando la situación supera el ámbito comunitario.

En este capítulo se abordará, en primer lugar, una delimitación conceptual que permita diferenciar obstetricia ancestral, partería tradicional, partería profesional y obstetricia clínica, evitando generalizaciones que impidan el análisis riguroso. Posteriormente, se examinarán las raíces históricas y antropológicas de la atención del embarazo y el parto, destacando cómo las prácticas se insertan en una cosmovisión que otorga significado al nacimiento y organiza el rol social de la partera como figura de confianza. A continuación, se revisarán prácticas habituales —como el acompañamiento emocional y espiritual, el uso de recursos terapéuticos tradicionales y técnicas corporales— considerando criterios de prudencia y riesgos potenciales. Se profundizará también en el papel comunitario de la partería, sus competencias empíricas, su ética del cuidado y su función en redes de apoyo.

Desde la perspectiva sanitaria, el capítulo discutirá la identificación de riesgos maternos y neonatales, contrastando señales de alarma reconocidas tradicionalmente con criterios clínicos contemporáneos, y enfatizando la importancia de rutas de referencia y contrarreferencia funcionales. Asimismo, se analizarán determinantes sociales y barreras de acceso que explican por qué muchas mujeres optan por el cuidado tradicional o enfrentan obstáculos para acceder a servicios institucionales. Posteriormente, se planteará la necesidad de modelos de articulación basados en el enfoque intercultural, con énfasis en calidad, humanización del parto, derechos reproductivos y evaluación mediante indicadores de salud pública. Esta aproximación busca aportar una mirada integradora: reconocer a la obstetricia ancestral como un recurso comunitario

relevante, comprender sus fundamentos y prácticas, y situarla dentro de una estrategia sanitaria más amplia orientada a reducir riesgos, cerrar brechas y garantizar una atención materna digna, segura y culturalmente pertinente. En los capítulos siguientes, esta base permitirá profundizar en experiencias, modelos de atención intercultural y propuestas operativas para fortalecer la salud pública materna desde el diálogo de saberes.

1.1. Definición de obstetricia ancestral, tradicional e intercultural



Figura 2. Partería tradicional, imagen de National Geographic

La obstetricia ancestral se define como el conjunto de saberes, prácticas y normas comunitarias orientadas al cuidado del embarazo, parto y puerperio, originadas en la memoria histórica de pueblos y comunidades y transmitidas de generación en generación. Su rasgo distintivo es su vínculo con una cosmovisión que integra lo biológico con dimensiones simbólicas, espirituales, familiares y territoriales. El nacimiento se comprende como un evento vital con significado social, no solo como un proceso fisiológico. En este marco, el conocimiento ancestral se construye por observación empírica acumulada, experiencia práctica y validación comunitaria. Incluye pautas de cuidado prenatal, acompañamiento emocional, técnicas corporales, recomendaciones alimentarias y uso de recursos naturales disponibles. La partera o cuidadora tradicional opera como mediadora del proceso, no únicamente por su habilidad técnica, sino por su capacidad de sostener confianza, regular el entorno y orientar decisiones desde valores culturales compartidos.

La obstetricia tradicional es un concepto más amplio que describe prácticas de cuidado materno-perinatal sostenidas por la costumbre y legitimidad social en un territorio, aunque su origen sea mixto o su marco simbólico original se haya transformado. Lo “tradicional” enfatiza continuidad

cultural y utilidad percibida, más que pertenencia estricta a un pueblo originario. Por ello, puede incorporar influencias indígenas, afrodescendientes, montubias y mestizas, adaptándose a cambios sociales, migración, disponibilidad de recursos y contacto con la biomedicina. Estas prácticas tradicionales pueden expresarse en sobadas, infusiones, baños de hierbas, restricciones alimentarias o medidas de reposo, con racionalidades propias como el equilibrio calor/frío o fuerza/debilidad. Su adaptabilidad explica su permanencia, pero también exige un análisis crítico para distinguir prácticas protectoras de aquellas que podrían generar riesgos o retrasar la atención ante signos de alarma. En términos sanitarios, su valor se potencia cuando existe comunicación efectiva con servicios formales.

La obstetricia intercultural no designa un sistema originario de saberes, sino un enfoque de articulación entre distintos sistemas de atención. Se define como un modelo que integra pertinencia cultural, enfoque de derechos y seguridad clínica en la atención materna y neonatal. Lo intercultural implica reconocer que las creencias, idiomas, expectativas y prácticas influyen en la búsqueda de atención y en la experiencia del parto, y que la calidad no se limita a resultados biomédicos, sino también al trato digno y comprensible.

Tabla 1. Conceptos de Obstetricia Ancestral

Concepto	Dimensión Epistémica	Enfoque de Aplicación
Obstetricia Ancestral	Sistema integral basado en el don, la herencia y la naturaleza.	Práctica comunitaria liderada por parteras (Wachachik).
Medicina Tradicional	Conocimientos y creencias autóctonas validadas por la cultura.	Uso de herbolaria, rituales y terapias espirituales.
Salud Intercultural	Diálogo equitativo entre sistemas médicos (occidental y ancestral).	Políticas públicas de adecuación cultural en hospitales.
Etnomedicina	Medicina propia de una cultura o grupo social específico.	Relación directa entre el equilibrio del entorno y la salud.

Nota: La información presentada en esta tabla sintetiza los principales conceptos de la obstetricia ancestral desde una perspectiva epistemológica y aplicada, destacando la articulación entre saberes tradicionales, prácticas culturales y su aporte a los sistemas de salud comunitarios e interculturales.

Operativamente, la obstetricia intercultural incorpora adecuaciones culturales en los servicios (comunicación en lengua pertinente, acompañamiento elegido, privacidad, posiciones de parto seguras y respeto a prácticas compatibles) y establece mecanismos de coordinación con actores comunitarios, como parteras tradicionales. La finalidad es reducir barreras de acceso, prevenir discriminación y mejorar continuidad del cuidado mediante rutas claras de referencia y contrarreferencia, sin renunciar al manejo oportuno de riesgos.

1.2. Diferencias entre partería tradicional, partería profesional y obstetricia clínica



Figura 3. Escuela de partería profesional, México

La partería tradicional se entiende como una práctica comunitaria de atención materno-perinatal basada en conocimiento empírico y cultural, aprendida principalmente por transmisión oral y experiencia directa. Su legitimidad proviene del reconocimiento social y de la confianza construida con las familias. Suele desarrollarse en el hogar o en el entorno comunitario, con acompañamiento continuo durante la gestación, el parto y el puerperio, e incorpora dimensiones emocionales y espirituales junto con técnicas de cuidado. En la partería tradicional, el parto se concibe como un proceso fisiológico y social, por lo que se privilegian medidas no invasivas: contención, masaje, posiciones verticales, manejo de calor, infusiones y recomendaciones alimentarias.

Su principal fortaleza es la cercanía cultural, la comunicación en códigos compartidos y la capacidad de sostener redes de apoyo. Su desafío sanitario central es la identificación temprana de complicaciones y la derivación oportuna, especialmente cuando existen barreras geográficas, culturales o personales hacia los servicios institucionales. La partería profesional corresponde a una

modalidad con formación formal, certificación y, generalmente, inserción en el sistema de salud. Se basa en competencias estandarizadas y en protocolos sustentados en evidencia, orientados a la atención del embarazo y parto de bajo riesgo, el cuidado neonatal inmediato, la consejería en lactancia y la vigilancia del puerperio. A diferencia de la partería tradicional, su legitimidad se sustenta en títulos habilitantes, regulación y supervisión institucional, lo que facilita registros, referencia y continuidad asistencial. El campo de acción de la partería profesional incluye evaluación clínica básica, monitorización del trabajo de parto, identificación de signos de alarma y manejo inicial de situaciones frecuentes dentro de su ámbito, con coordinación para la referencia cuando se requiere mayor complejidad. Su aporte clave es combinar acompañamiento centrado en la mujer con herramientas clínicas, reduciendo intervenciones innecesarias y promoviendo parto respetado.

La obstetricia clínica es una especialidad médica enfocada en la prevención, diagnóstico y tratamiento de condiciones maternas y fetales, con capacidad resolutive para complicaciones y embarazos de alto riesgo. El obstetra está habilitado para indicar farmacoterapia compleja, realizar procedimientos instrumentales y quirúrgicos —incluida la cesárea— y coordinar atención interdisciplinaria. Su práctica se desarrolla principalmente en entornos hospitalarios con acceso a laboratorio, imagenología, anestesia, quirófano y soporte para emergencias.

Desde la salud pública, la obstetricia clínica es crítica para reducir mortalidad materna y neonatal cuando el acceso es oportuno y la respuesta es efectiva. Sin embargo, puede enfrentar tensiones relacionadas con comunicación intercultural, autonomía de la mujer y percepción de trato despersonalizado si predomina un enfoque centrado en procedimientos. Por ello, se recomienda integrar estándares de humanización, consentimiento informado y pertinencia cultural, sin comprometer la vigilancia clínica del riesgo.

1.3. Enfoque de salud pública aplicado al ciclo reproductivo

El enfoque de salud pública aplicado al ciclo reproductivo concibe la salud materna y neonatal como un fenómeno poblacional condicionado por determinantes sociales, acceso a servicios, continuidad del cuidado y calidad de la atención. A diferencia de la mirada estrictamente clínica, que se centra en el caso individual, la salud pública organiza intervenciones preventivas y comunitarias para reducir riesgos y muertes evitables. Su finalidad es asegurar equidad, oportunidad y resultados sostenibles en distintos territorios. Desde esta perspectiva, el ciclo reproductivo es un continuo que incluye etapa preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y cuidado neonatal. La intervención se planifica por fases: antes del embarazo se priorizan planificación familiar, control de enfermedades crónicas, educación sexual y reducción de riesgos. En el embarazo se refuerza

control prenatal, tamizajes, suplementación cuando corresponde y educación sobre signos de alarma. En el parto y puerperio se garantiza respuesta rápida ante emergencias y seguimiento posnatal. Un componente central es la comprensión de los determinantes sociales de la salud. La morbilidad y mortalidad materna se asocia a pobreza, ruralidad, distancia geográfica, transporte limitado, baja escolaridad, violencia basada en género, barreras lingüísticas y discriminación. Por ello, la salud pública exige acciones intersectoriales: fortalecer redes de referencia, transporte sanitario, comunicación culturalmente pertinente y protección social. La oferta de servicios es insuficiente si las condiciones estructurales impiden utilizarlos. La prevención y la gestión del riesgo son ejes operativos. Prevenir implica anticipar complicaciones mediante vigilancia prenatal, vacunación, educación y detección temprana. Gestionar el riesgo supone clasificar embarazos, planificar lugar de parto según complejidad y asegurar protocolos para hemorragia, trastornos hipertensivos, sepsis y parto obstruido. En salud pública, el éxito no depende solo del hospital, sino de la capacidad del sistema para reducir demoras en decidir, trasladar y atender.

El enfoque incluye también calidad, derechos y experiencia usuaria. La atención efectiva debe ser segura, pero también respetuosa: consentimiento informado, privacidad, acompañamiento, comunicación clara y ausencia de maltrato. La pertinencia cultural incrementa confianza y continuidad del cuidado, especialmente en poblaciones históricamente excluidas. Por ello, los modelos interculturales se consideran estrategias sanitarias, no concesiones culturales, siempre que mantengan criterios clínicos y referencia oportuna. La salud pública se sostiene en información y evaluación. Indicadores como cobertura prenatal, parto atendido por personal calificado, control puerperal, lactancia, morbilidad severa y mortalidad permiten monitorear brechas y orientar recursos. La vigilancia comunitaria y el registro territorial aportan trazabilidad en zonas rurales.

1.4. Evolución histórica de los saberes de partería en comunidades originarias



Los saberes de partería en comunidades originarias constituyen uno de los sistemas de cuidado más antiguos y resilientes vinculados a la salud humana. Su evolución no puede entenderse como una línea uniforme, porque cada pueblo desarrolló prácticas según su territorio, clima, organización social y cosmovisión. Sin embargo, en términos generales, la partería se consolidó como una institución comunitaria que combinó experiencia empírica, acompañamiento emocional y normas culturales para proteger a la madre y al recién nacido.

En etapas tempranas, la partería se organizó como un saber especializado dentro de la comunidad. Las parteras no solo asistían el momento del nacimiento, sino que orientaban el cuidado prenatal, los periodos de descanso, las dietas y la preparación del entorno. El parto se entendía como un evento social y espiritual además de corporal, por lo que el cuidado incluía contención, ritualidad y protección. El conocimiento se construía por observación acumulada, repetición práctica y memoria colectiva de casos exitosos y complicaciones.

La transmisión se sostuvo mediante aprendizaje situado: acompañamiento de parteras mayores, observación directa y práctica progresiva. Este proceso incorporaba no solo técnicas, sino criterio para tomar decisiones prudentes, interpretar señales del cuerpo y actuar con responsabilidad ética. La legitimidad se afirmaba por confianza comunitaria, discreción y resultados percibidos. Así, la partería operaba como primer nivel real de atención en territorios sin estructuras sanitarias formales, y como soporte en contextos de aislamiento geográfico.

La colonización introdujo cambios profundos. En múltiples regiones, los saberes originarios fueron desvalorizados, perseguidos o subordinados a discursos religiosos y, posteriormente, a criterios biomédicos que los catalogaban como “no científicos”. Pese a ello, la partería persistió por su utilidad y por la limitada cobertura institucional. En esta etapa se intensificaron procesos de sincretismo: prácticas se mezclaron, se resignificaron o se ocultaron para sobrevivir, generando repertorios híbridos donde conviven elementos ancestrales con influencias externas.

En los manuales de "Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural", se encuentran gráficos detallados que muestran la biomecánica de la pelvis en posiciones no supinas. Un gráfico central en la obstetricia ancestral es el que ilustra la articulación púbica y los músculos abductores en posición de cuclillas o sentada. Estas imágenes demuestran visualmente cómo el ángulo de encaje fetal se vuelve más abierto (menos agudo), favoreciendo la progresión del feto a través del canal de parto. La iconografía oficial suele destacar los siguientes elementos visuales en una sala de parto intercultural:

La Soga o Cuerda: Colgada de una viga reforzada en el techo, permite que la gestante se sujete para aplicar fuerza durante el expulsivo mientras mantiene la posición vertical.

El Banco o Silla Obstétrica: Un diseño ergonómico que permite a la mujer permanecer sentada, con la pelvis libre para el descenso del recién nacido, mientras el profesional de salud o la partera se ubican frente o detrás de ella.

La Colchoneta y los Cojines: Ubicados en el piso para un parto de rodillas o en cuclillas, proporcionando un entorno cálido que evita la "frialdad" del ambiente hospitalario tradicional.

1.5. Cosmovisión, maternidad y significados culturales del parto

La cosmovisión de los pueblos originarios configura cómo se interpreta el embarazo, el parto y el puerperio, articulando dimensiones biológicas con significados sociales y espirituales. En este marco, la maternidad no se reduce a un hecho fisiológico, sino que se comprende como un proceso de continuidad cultural y de reorganización familiar. El parto marca una transición vital que involucra a la comunidad, pues representa la llegada de un nuevo miembro y la reafirmación del tejido social.

En muchas comunidades, la gestación es concebida como un estado de especial sensibilidad en el que el cuerpo debe mantenerse en equilibrio. Ese equilibrio se relaciona con el entorno, las emociones y las relaciones familiares. Por ello, el cuidado prenatal tradicional incorpora medidas de protección emocional y social, evitando tensiones, sobrecargas y situaciones consideradas perturbadoras. La estabilidad afectiva se entiende como parte del bienestar materno y como condición que favorece un desarrollo gestacional armónico.

El parto suele ser interpretado como un umbral: un momento en que el cuerpo se “abre” y la mujer transita de una condición a otra. Esta idea organiza prácticas de acompañamiento, privacidad y preparación del entorno. La presencia de determinadas personas, el manejo del silencio o de la palabra, y la realización de acciones rituales se orientan a sostener confianza y a reducir el miedo. En términos culturales, se busca que el nacimiento ocurra en condiciones de protección, dignidad y legitimidad comunitaria.

Los significados culturales del parto también se expresan en el vínculo con elementos simbólicos asociados a la naturaleza. En distintos territorios se utilizan nociones de calor/frío, fuerza/debilidad o limpieza/pureza para orientar decisiones sobre alimentación, abrigo y reposo. Estas categorías no operan como metáforas vacías, sino como marcos interpretativos que guían prácticas preventivas. El calor moderado, por ejemplo, se asocia con restauración y protección; el “frío” con vulnerabilidad, dolor o recaídas posparto.

La elección de posiciones de parto suele estar mediada por estos significados. El parto vertical o semi vertical se asocia con fuerza, autonomía y fluidez del proceso, además de percibirse como más coherente con la idea de “dejar salir” naturalmente. La movilidad durante el trabajo de parto, el balanceo o el apoyo en otra persona también se vinculan con control corporal y acompañamiento

comunitario. Estas prácticas pueden facilitar la experiencia emocional del parto, al otorgar protagonismo a la mujer. El recién nacido no es recibido solo como resultado biológico, sino como sujeto que ingresa a un orden social y simbólico. Por ello, pueden existir ritos de bienvenida, prácticas de protección y cuidados específicos del cordón o del primer baño. Tales acciones refuerzan pertenencia y continuidad. De manera complementaria, la placenta y otros elementos del nacimiento pueden tener significados rituales, vinculados a la relación con la tierra y al futuro del niño, según la tradición local.

El puerperio se interpreta como una fase crítica de “cierre” y recuperación. Las prácticas posparto, incluyendo dieta, reposo, abrigo y cuidados corporales, buscan restituir fuerza y prevenir complicaciones. También se orientan a sostener lactancia y a proteger a la madre de afecciones consideradas propias de un cuerpo aún vulnerable. Esta lectura cultural del puerperio es relevante para la salud pública, porque influye en decisiones sobre movilidad, exposición ambiental y búsqueda de atención.

1.6. Rol social, legitimidad y transmisión intergeneracional del conocimiento

La partera tradicional ocupa un lugar social que excede la asistencia técnica del parto. En numerosas comunidades actúa como referente de confianza para orientar decisiones durante la gestación, el nacimiento y el puerperio, especialmente cuando existen barreras de acceso a servicios formales. Su rol incluye acompañamiento continuo, contención emocional, mediación familiar y organización de redes de apoyo. Por ello, la partera se reconoce como autoridad comunitaria del cuidado materno y neonatal.

La legitimidad de la partera no deriva de títulos académicos, sino de un proceso de validación social sostenido en el tiempo. Se construye con base en experiencia, resultados percibidos, confidencialidad y ética del cuidado. La comunidad valora su prudencia, su capacidad de reconocer límites y su disposición para acompañar sin juzgar. Esta legitimidad se fortalece cuando la partera logra integrar el conocimiento corporal con normas culturales, brindando seguridad emocional y sentido de protección en un momento vital.

La partera también cumple una función de cohesión cultural. Su intervención conecta el evento del parto con valores, símbolos y prácticas que sostienen identidad comunitaria. En este marco, el cuidado se expresa en ritualidad, recomendaciones alimentarias, medidas de reposo y protección frente a factores considerados perturbadores. Al mismo tiempo, su rol implica responsabilidad social: su desempeño impacta la confianza colectiva, y su reputación se convierte en un capital comunitario que influye en la elección de cuidado por parte de otras mujeres. La transmisión intergeneracional del conocimiento se realiza mediante aprendizaje situado, basado en observación, acompañamiento y práctica progresiva. La aprendiz no incorpora solo técnicas, sino criterio:

cuándo intervenir, cómo leer el cuerpo, cuándo esperar y cuándo derivar. El aprendizaje ocurre en escenarios cotidianos y en el propio parto, donde se consolidan habilidades manuales, comunicación empática y toma de decisiones prudentes. La oralidad cumple un papel central, mediante relatos de casos, recomendaciones y memorias compartidas.

En muchos contextos, la elección de aprendices responde a criterios culturales y comunitarios. Puede existir un componente familiar, pero no se limita a herencia: se consideran habilidades personales, vocación de servicio y confianza. La transmisión también implica socializar normas éticas, como el respeto a la mujer, la discreción y la responsabilidad. Por ello, el conocimiento no es únicamente instrumental; es un repertorio de prácticas y valores que regulan el rol social de la partera y su vínculo con la comunidad.

Los contenidos transmitidos suelen abarcar cuidados prenatales, sobadas y masajes, manejo de posiciones, preparación del entorno, dietas, ritualidad y cuidados del puerperio. Asimismo, incluyen categorías tradicionales para identificar riesgos y signos de alarma, aunque estas categorías puedan diferir del lenguaje biomédico. En términos prácticos, la experiencia acumulada opera como un “sistema de triage” comunitario: identificar cuándo el proceso se mantiene dentro de lo esperado y cuándo requiere apoyo externo.

1.7. Rituales, acompañamiento emocional y espiritualidad en la gestación

En la gestación, los rituales y prácticas espirituales cumplen una función de cuidado integral que articula cuerpo, emoción y sentido cultural. No se limitan a expresiones simbólicas; operan como mecanismos comunitarios de contención y prevención percibida, orientados a sostener confianza y a reducir temores asociados al embarazo. En muchos territorios, estas prácticas marcan etapas del proceso gestacional y fortalecen la participación familiar, generando un entorno de apoyo para la mujer.

La espiritualidad suele concebirse como un recurso para mantener equilibrio en un periodo considerado sensible. El embarazo se interpreta como una fase en la que la mujer puede estar más expuesta a influencias externas o a desequilibrios emocionales, por lo que se realizan acciones destinadas a armonizar el entorno. Bendiciones, oraciones, limpias, sahumerios o recomendaciones de protección varían según el pueblo, pero comparten la intención de sostener seguridad subjetiva y reducir ansiedad. El acompañamiento emocional es central en el cuidado ancestral porque el embarazo se vive como proceso compartido, no como experiencia aislada. La partera y mujeres cercanas actúan como figuras de escucha, orientación y sostén, especialmente cuando existen miedos por experiencias previas, incertidumbre económica o tensiones familiares. Esta contención refuerza autoestima materna y reduce sentimientos de vulnerabilidad, facilitando la adherencia a prácticas de cuidado y la búsqueda de apoyo oportuno ante malestares persistentes.

En términos prácticos, el acompañamiento incluye conversaciones regulares, consejos sobre descanso, alimentación, manejo del cansancio y preparación para el parto. También puede implicar estrategias de regulación emocional, como narrativas de partos exitosos, técnicas de respiración, masajes o recomendaciones para mantener un ambiente doméstico calmado. Aunque el lenguaje utilizado sea cultural, el propósito es claro: disminuir estrés y promover estabilidad emocional, factores relevantes para el bienestar materno durante la gestación. En algunas comunidades, se establece un conjunto de normas sociales de protección hacia la gestante: evitar discusiones, no exponerla a sobrecargas físicas, limitar actividades de riesgo y resguardar su privacidad. Se consideran especialmente dañinos el “susto” o la impresión fuerte, interpretados como eventos que alteran el equilibrio del embarazo. Estas pautas funcionan como control comunitario de riesgos psicosociales, aun cuando su explicación se exprese mediante categorías simbólicas.

Los rituales de gestación también pueden fortalecer el sentido de pertenencia y continuidad cultural. La maternidad se vincula con la llegada de un nuevo integrante al linaje, por lo que la familia se organiza para acompañar y legitimar el proceso. Este significado social puede incrementar la corresponsabilidad y el apoyo material, reduciendo aislamiento. Asimismo, algunos rituales actúan como espacios de aprendizaje donde se transmiten cuidados, recomendaciones y normas del puerperio.

Desde un enfoque intercultural, reconocer estas prácticas es clave para mejorar la comunicación y la confianza en la atención sanitaria. Cuando el sistema formal las descalifica, puede aumentar la resistencia, ocultamiento de prácticas o abandono del control prenatal. En cambio, cuando se respeta su función emocional y se integra lo compatible con seguridad clínica, se favorece continuidad del cuidado y se reduce la brecha cultural. La condición es clara: el respeto cultural no debe impedir la referencia oportuna ante signos de alarma.

1.8. Uso tradicional de plantas medicinales y preparados: criterios de uso y precauciones



Figura 5. Partera recogiendo plantas medicinales, fuente El País

El uso tradicional de plantas medicinales y preparados durante el embarazo y el puerperio forma parte de un sistema de autocuidado construido por experiencia comunitaria, disponibilidad territorial y transmisión intergeneracional. Estas prácticas suelen emplearse para aliviar náuseas, mejorar digestión, reducir ansiedad, facilitar el descanso o apoyar la recuperación posparto. Su permanencia se explica por cercanía, bajo costo y confianza cultural, además de la percepción de que lo “natural” es compatible con la gestación.

Los criterios tradicionales de uso suelen considerar la etapa del embarazo, el estado físico de la mujer y la intensidad del malestar. En muchas comunidades se distingue entre plantas “suaves” para molestias leves y otras consideradas “fuertes”, reservadas para el posparto o para situaciones específicas. También se toman en cuenta categorías culturales como calor/frío o fuerza/debilidad, que orientan selección y modo de preparación. La partera regula dosis y combinaciones, priorizando prudencia y respuesta gradual.

Los preparados incluyen infusiones, decocciones, baños de hierbas, vaporizaciones, fricciones y cataplasmas. El modo de administración no es neutro: cambia la concentración de principios activos y el riesgo. Algunas mezclas incorporan miel, grasas o alcoholes locales, lo que puede aumentar absorción y potencia. Por ello, la seguridad depende no solo de la planta, sino de la parte utilizada, el método de preparación, la frecuencia y la dosis, que varían significativamente entre hogares.

Desde una perspectiva sanitaria, la precaución es indispensable porque ciertas plantas pueden tener efectos no deseados en el embarazo. Algunas pueden estimular contracciones uterinas, alterar presión arterial, afectar la coagulación o interactuar con medicamentos. Además, la concentración real de compuestos bioactivos cambia según especie, origen, estación de cosecha y almacenamiento. En consecuencia, el criterio de “natural” no garantiza inocuidad; el análisis debe enfocarse en efectos fisiológicos potenciales y en el riesgo materno-fetal.

También existen riesgos relacionados con contaminación. Plantas recolectadas en suelos con pesticidas o metales pesados pueden producir toxicidad, y un secado o almacenamiento inadecuado favorece crecimiento microbiano. En infusiones y bebidas, la higiene de recipientes y el agua utilizada es determinante para evitar infecciones gastrointestinales. En aplicaciones tópicas, se presentan riesgos de alergias, irritaciones o absorción cutánea de sustancias concentradas, especialmente si se usan aceites o resinas. Un criterio prudente es limitar el uso a plantas localmente reconocidas, de baja potencia, en dosis moderadas y por periodos cortos, evitando combinaciones extensas. Se recomienda no consumir preparados de origen desconocido o con mezclas no identificables. En gestantes con hipertensión, diabetes, antecedentes de parto prematuro, sangrado

o enfermedades hepáticas, la precaución debe ser mayor. La consulta clínica es prioritaria cuando los síntomas son persistentes o progresivos. Durante el trabajo de parto, se administran infusiones para "calentar" el cuerpo y facilitar las contracciones. Entre las plantas más utilizadas en la sierra y costa ecuatoriana se encuentran:

Muña y Ruda: Utilizadas para regular las contracciones y aliviar el dolor.

Linaza y Manzanilla: Empleadas por sus propiedades relajantes y para suavizar el canal de parto.

Culantro y Romero: Usadas a menudo en el posparto para ayudar a la involución uterina y prevenir infecciones.

El punto crítico es evitar que el uso tradicional retrase la atención ante signos de alarma. Sangrado, fiebre, dolor intenso, cefalea severa, visión borrosa, disminución de movimientos fetales, hinchazón marcada o ruptura de membranas requieren evaluación clínica inmediata. En estos casos, la medicina tradicional no debe funcionar como sustituto del sistema de salud, sino como acompañamiento cultural mientras se activa la referencia oportuna. La demora es uno de los principales factores de complicación evitable.

La articulación intercultural puede reducir riesgos sin deslegitimar el saber tradicional. El diálogo entre parteras y personal sanitario permite identificar usos frecuentes, discutir contraindicaciones, acordar criterios de prudencia y fortalecer la comunicación sin estigma. Cuando las mujeres pueden informar lo que consumen sin temor a juicio, se mejora la seguridad clínica y se previenen interacciones o efectos adversos. Así, se construye confianza y continuidad del cuidado en el territorio.

1.9. Masajes, sobadas, posiciones, calor/frío y otras técnicas corporales



Figura 6. Posición de parto vertical, fuente Vogue mx

Las técnicas corporales tradicionales durante el embarazo y el parto incluyen masajes, sobadas, cambios posturales, uso terapéutico de calor o frío y movimientos orientados al confort. Estas prácticas se sostienen en la observación empírica del cuerpo y en marcos culturales de equilibrio, energía y circulación. En muchos contextos, la partera o una mujer experta las aplica para aliviar molestias, reducir tensión muscular y brindar contención, reforzando la sensación de seguridad de la gestante. Las sobadas suelen utilizarse para disminuir dolor lumbar, rigidez pélvica y malestar abdominal leve, especialmente en el segundo y

tercer trimestre. También pueden orientarse a “acomodar” sensaciones de peso o tensión, aunque su lectura de posición fetal no equivale a un diagnóstico clínico. El objetivo principal es el bienestar. Sin embargo, cualquier maniobra abdominal debe realizarse con prudencia, evitando presiones intensas, especialmente ante sangrado, dolor agudo, hipertensión o antecedentes de complicaciones. Los masajes se aplican en espalda, caderas, piernas y zona sacra, con presión ajustada a la tolerancia y etapa gestacional. Además de su efecto físico, cumplen una función emocional: el contacto guiado y el acompañamiento disminuyen ansiedad y promueven calma. En el trabajo de parto, el masaje puede utilizarse como método no farmacológico de alivio del dolor, complementado con respiración, vocalización y apoyo constante. En el puerperio, el masaje favorece recuperación muscular y descanso.

Las posiciones constituyen un componente central del manejo tradicional del parto. En numerosos pueblos se prefieren posturas verticales o semi verticales —de pie, en cuclillas, arrodillada o apoyada— por asociarse con fuerza, control y fluidez del proceso. Estas posturas pueden favorecer movilidad pélvica, facilitar el descenso fetal y reducir la sensación de inmovilidad. La alternancia de posiciones se emplea para “destrabar” el avance, disminuir dolor y evitar agotamiento. El manejo de calor y frío responde a lógicas culturales de equilibrio y restauración. El calor moderado se asocia con relajación muscular, alivio de cólicos y protección de la “energía” materna, por lo que se utilizan compresas tibias, bebidas calientes, vaporizaciones o baños templados. En el puerperio, el abrigo y el calor suave se consideran fundamentales para evitar recaídas. El frío se usa con mayor cautela, generalmente en inflamación localizada.

Otras técnicas corporales incluyen caminatas, balanceos pélvicos, ejercicios de respiración rítmica, uso de telas o rebozos para sostener el abdomen y facilitar confort, y prácticas de relajación guiada. Durante el parto, estas estrategias buscan aumentar tolerancia al dolor y promover progresión fisiológica. En algunos contextos se combinan con sonidos o cantos que ayudan a sostener el ritmo respiratorio y la concentración, reforzando control emocional y disminuyendo el miedo.

Desde la seguridad obstétrica, el riesgo aparece cuando estas prácticas intentan reemplazar evaluación clínica o cuando se aplican maniobras invasivas o de alta presión. Presionar el abdomen con fuerza, intentar “acomodar” al bebé de forma brusca o utilizar calor excesivo puede ser peligroso. La presencia de fiebre, sangrado, pérdida de líquido, dolor persistente, hipertensión o disminución de movimientos fetales requiere atención inmediata. En parto, signos de sufrimiento fetal o trabajo prolongado exigen referencia.

La integración intercultural permite incorporar estas técnicas como medidas de confort sin comprometer la vigilancia clínica. En modelos colaborativos, se pueden permitir posiciones elegidas y movilidad, facilitar acompañamiento continuo y aplicar calor moderado, mientras se mantienen protocolos de riesgo, monitoreo y criterios de derivación. Esto mejora la experiencia usuaria, fortalece confianza y reduce intervenciones innecesarias, sin disminuir capacidad de respuesta ante complicaciones.

En síntesis, masajes, sobadas, posiciones y manejo de calor/frío constituyen un repertorio corporal que aporta bienestar, contención y sensación de control durante la gestación y el parto. Su utilidad es mayor cuando se aplican con prudencia, higiene y límites claros, evitando maniobras riesgosas y promoviendo referencia oportuna ante signos de alarma. Articuladas con la salud pública, estas prácticas pueden contribuir a una atención materna más humana, segura y culturalmente pertinente.

1.10. Dietas, restricciones y prácticas de cuidado prenatal y puerperal

Las dietas y restricciones en el cuidado prenatal y puerperal forman parte de un sistema preventivo orientado a sostener el bienestar materno y proteger al recién nacido. Estas pautas varían por territorio, pero suelen organizarse alrededor de categorías culturales como calor/frío,



fuerza/debilidad o limpio/pesado. En este marco, alimentarse durante el embarazo no es solo nutrición: es una práctica de equilibrio corporal y social que busca prevenir malestares y favorecer un parto “tranquilo”. Durante el embarazo, muchas tradiciones promueven dietas consideradas “suaves”, con alimentos de fácil digestión y preparaciones caldosas, orientadas a reducir náuseas, acidez o estreñimiento. Se recomienda fraccionar comidas, mantener hidratación constante y evitar excesos. Estas pautas suelen acompañarse de consejos sobre descanso, movimientos moderados y reducción de cargas físicas. La finalidad es conservar energía y disminuir molestias que pueden interferir con el autocuidado.

Las restricciones alimentarias responden, con frecuencia, a la prevención de síntomas interpretados como riesgos, tales como “hinchazón”, “calor” excesivo, mareos o presión alta. Por ello se evitan comidas muy grasosas, muy condimentadas o consideradas irritantes. En algunos contextos se limitan ciertos animales, frutas o combinaciones por creencias sobre su influencia en el bebé o el

trabajo de parto. Estas normas requieren análisis crítico para prevenir deficiencias, especialmente si restringen grupos esenciales. El cuidado prenatal tradicional incluye prácticas complementarias como higiene, protección emocional y regulación del entorno. Se aconseja evitar esfuerzos intensos, cargar peso, exponerse a caídas o actividades con riesgo físico. También se promueve estabilidad emocional, restringiendo discusiones o situaciones que provoquen miedo, bajo la idea de que el estado anímico de la madre incide en el embarazo. La partera participa como guía, reforzando hábitos y sosteniendo una vigilancia comunitaria del bienestar.

En el puerperio, la dieta se orienta a recuperación y “restitución” de fuerzas. Es común recomendar caldos nutritivos, bebidas calientes y preparaciones específicas para estimular lactancia y favorecer recuperación uterina. El reposo se considera esencial, y se establecen restricciones de movilidad y actividades para evitar recaídas. Esta lógica de protección posparto se asocia a la idea de que el cuerpo permanece vulnerable y requiere un periodo de cierre y estabilización.

Una práctica extendida es la protección frente al “frío” durante el puerperio. Se promueve abrigo, evitar corrientes de aire y limitar baños fríos o exposición prolongada a humedad. El calor moderado se interpreta como terapéutico, pero deben evitarse excesos que provoquen deshidratación o malestar, especialmente si hay fiebre. En términos sanitarios, el equilibrio es clave: abrigo y reposo no deben impedir ventilación adecuada ni higiene básica.

Las restricciones también pueden incluir limitaciones alimentarias por temor a afectar la leche materna o provocar cólicos al bebé. Se pueden excluir frutas “frías”, lácteos o ciertos vegetales. Si estas restricciones se vuelven severas, pueden comprometer el aporte calórico y micronutrientes necesarios para recuperación y lactancia. Por ello, un enfoque intercultural recomienda orientar sin desacreditar: identificar el núcleo protector de la práctica y prevenir déficits con alternativas culturalmente aceptables.

Desde salud pública, estas prácticas pueden aportar beneficios cuando promueven descanso, apoyo familiar, hidratación y consumo de alimentos nutritivos. Sin embargo, deben integrarse con educación sobre señales de alarma del embarazo y puerperio: sangrado abundante, fiebre, dolor intenso, mal olor vaginal, cefalea severa, visión borrosa o tristeza persistente. Ninguna dieta o restricción debe retrasar la consulta. El riesgo aumenta cuando se normalizan síntomas graves como “parte del proceso”.

1.11. Lecturas tradicionales del riesgo: signos de alarma en embarazo y puerperio

En los sistemas tradicionales de cuidado, el riesgo obstétrico se interpreta mediante marcos culturales que organizan la experiencia del cuerpo y del entorno. Estas lecturas no suelen expresarse en términos biomédicos, sino mediante categorías como “debilidad”, “sangre mala”, “frío”, “calor”, “susto” o “desacomodo”. Aunque el lenguaje sea distinto, muchas de estas señales

corresponden a malestares reales que, en determinados contextos, pueden asociarse a complicaciones. Comprenderlas permite traducir riesgos sin confrontar identidades. Durante el embarazo, la partera y la familia observan cambios físicos y conductuales: palidez marcada, cansancio extremo, mareos persistentes, hinchazón progresiva, dolores intensos o “dolor que no cede”. También se vigila el apetito, el sueño y el estado emocional. En algunos territorios, se interpreta que una gestante “se apaga” cuando pierde energía, y esa percepción comunitaria funciona como alerta. La clave es no normalizar síntomas persistentes como “parte del embarazo”. El sangrado suele ocupar un lugar central en la lectura tradicional del riesgo. Puede describirse como “pérdida de fuerza” o “sangre que se va”, y se considera un signo grave, especialmente si se acompaña de dolor, debilidad o sensación de desmayo. Aunque las explicaciones varíen, la valoración comunitaria coincide en su peligrosidad. Por ello, la partera puede recomendar reposo inmediato, abrigo y activación de apoyo familiar, aunque el enfoque intercultural debe reforzar que la consulta clínica sea urgente.

La hipertensión y trastornos asociados pueden interpretarse indirectamente mediante síntomas: “dolor de cabeza fuerte”, “ojos nublados”, “zumbidos”, “calor en la cabeza” o irritabilidad extrema. En el lenguaje tradicional, estas señales se vinculan a desequilibrios, pero pueden corresponder a condiciones



de alto riesgo. La traducción intercultural resulta esencial: mantener respeto por la interpretación comunitaria, pero establecer que cefalea severa, visión borrosa e hinchazón súbita requieren atención inmediata.

Otra alerta relevante es la fiebre o los escalofríos intensos, descritos como “calentura”, “mal aire” o “enfriamiento que entra al cuerpo”. En embarazo o puerperio, estos signos pueden asociarse a infecciones que avanzan con rapidez. La lectura tradicional suele recomendar calor, infusiones o baños, pero el criterio de seguridad exige evitar demoras. El reconocimiento comunitario de “algo malo entrando” puede convertirse en punto de apoyo para derivar oportunamente. La percepción de movimientos fetales también integra lecturas culturales. Se observa si el bebé “se queda quieto”, “no responde” o “se apaga”, y esto genera preocupación. Aunque las explicaciones varíen, la disminución marcada de movimientos es un signo que debe tomarse con seriedad. La partera puede

sugerir reposo, hidratación y escucha atenta; sin embargo, si el cambio es significativo o sostenido, la recomendación intercultural es activar evaluación clínica. En el puerperio, la vigilancia tradicional se concentra en sangrado, dolor, debilidad y recuperación de la “fuerza”. Se consideran anormales la hemorragia abundante, el “mal olor” o secreciones que indican “suciedad interna”, así como el dolor que impide caminar o cuidar al bebé. También se observan estados emocionales: tristeza intensa, aislamiento o llanto persistente pueden interpretarse como “pena” o “susto”, pero requieren atención y apoyo, evitando normalizarlos.

Para la salud pública intercultural, el objetivo no es sustituir estas lecturas, sino construir una traducción operativa: conectar categorías tradicionales con señales de alarma clínicas y establecer rutas claras de referencia. Esto implica acordar un “diccionario práctico” entre parteras y servicios, donde expresiones comunitarias se vinculen a acciones concretas: cuándo observar, cuándo acompañar y cuándo derivar. Así se reduce la demora, se fortalece confianza y se protege la vida materna y neonatal sin fracturar la cultura.

1.12. Riesgos obstétricos prioritarios y su correlato clínico: convergencias y divergencias

En salud materna, existen riesgos obstétricos prioritarios que concentran gran parte de la morbilidad grave y de la mortalidad prevenible. Entre ellos destacan la hemorragia, los trastornos hipertensivos del embarazo, la sepsis, el trabajo de parto prolongado u obstruido y las complicaciones del puerperio. Analizar su correlato clínico desde un enfoque intercultural exige identificar convergencias entre lecturas tradicionales y criterios biomédicos, así como divergencias que pueden generar demoras o interpretaciones erróneas.

La hemorragia es el punto de mayor convergencia. En muchos sistemas tradicionales, el sangrado se reconoce como señal de peligro inmediato, asociado a “pérdida de fuerza” o “se va la vida”. Clínicamente, el sangrado vaginal en embarazo o posparto puede indicar amenazas como placenta previa, desprendimiento placentario o hemorragia posparto. La divergencia suele aparecer en la respuesta: reposo, calor o infusiones pueden acompañar, pero nunca deben sustituir la referencia urgente.

Los trastornos hipertensivos (preeclampsia/eclampsia) presentan convergencias más indirectas. Tradicionalmente se describen por síntomas: “dolor de cabeza fuerte”, “vista nublada”, “zumbidos”, “cara hinchada” o “cuerpo cargado”. En clínica, estos signos pueden ser alarmas críticas, especialmente si se asocian a presión arterial elevada, proteinuria y riesgo de convulsiones. La divergencia radica en que estos síntomas pueden atribuirse a cansancio o “calor”, retrasando la consulta si no hay una traducción clara. La sepsis e infecciones también muestran convergencia parcial. En la lectura comunitaria se expresan como “calentura”, “mal aire”, “algo malo adentro” o “enfriamiento que enfermó”. Desde lo clínico, fiebre, escalofríos, dolor pélvico, mal olor vaginal o

malestar general en embarazo o puerperio requieren evaluación inmediata y antibióticos oportunos. La divergencia surge cuando se intenta resolver con baños, vaporizaciones o hierbas, sin reconocer la progresión rápida de una infección grave. El trabajo de parto prolongado u obstruido suele interpretarse tradicionalmente como “parto trancado”, “niño atravesado”, “falta de fuerza” o “el cuerpo no abre”. Clínicamente, un parto prolongado puede asociarse a desproporción cefalopélvica, mala presentación, agotamiento materno e hipoxia fetal. La convergencia está en la identificación del estancamiento; la divergencia aparece cuando se intensifican maniobras físicas o remedios para “apurar” sin monitoreo, incrementando riesgos.

Las complicaciones fetales, como sufrimiento fetal o disminución de movimientos, también tienen correlatos interpretativos. Tradicionalmente se describe que “el bebé está quieto” o “no responde”, y en clínica esto exige valoración inmediata. Sin embargo, puede existir divergencia cuando se asume que el bebé “descansa” o cuando se intenta “activarlo” solo con alimentos o masajes. La traducción operativa debe establecer umbrales claros de tiempo y cambio respecto al patrón habitual de movimientos.

En el puerperio, convergen varias señales: sangrado abundante, dolor intenso, fiebre, mal olor y debilidad extrema suelen ser reconocidos como anormales. Clínicamente pueden indicar hemorragia posparto, endometritis, retención de restos placentarios o tromboembolismo, entre otros. La divergencia puede presentarse en la normalización cultural del dolor o en la idea de que ciertas molestias “se curan” con reposo prolongado, sin control de signos vitales.

1.13. Nacimiento en casa vs. nacimiento institucional: motivaciones, beneficios y tensiones

La elección entre nacimiento en casa y nacimiento institucional no responde únicamente a preferencias individuales, sino a un entramado de factores culturales, territoriales, económicos y de experiencia previa. En muchos contextos, el parto domiciliario se mantiene como práctica legítima por su coherencia con la cosmovisión, la cercanía



afectiva y la continuidad del acompañamiento. A su vez, el parto institucional se asocia con capacidad de respuesta ante emergencias, aunque puede percibirse como distante o poco respetuoso. Entre las motivaciones para el nacimiento en casa destacan la confianza en la partera tradicional, el deseo de privacidad, la posibilidad de decidir posiciones y acompañantes, y la percepción de un trato más humano. También influyen barreras estructurales: distancia a centros de salud, costos de transporte, horarios limitados y experiencias de discriminación. Para algunas mujeres, el hogar representa seguridad emocional, y esa sensación reduce miedo, favorece control y refuerza la participación familiar como soporte.

El parto institucional, por su parte, se elige por la expectativa de mayor seguridad clínica, acceso a medicamentos, monitoreo y posibilidad de intervención quirúrgica. En embarazos de alto riesgo, esta opción es indispensable. Sin embargo, la institucionalización del parto puede generar tensiones cuando se imponen protocolos rígidos, se limita el acompañamiento, se restringe la movilidad o se minimizan preferencias culturales. Cuando la mujer percibe pérdida de autonomía o maltrato, se debilita la confianza y puede reducirse la búsqueda oportuna de atención. Los beneficios del parto en casa incluyen continuidad del cuidado, comunicación en lengua y códigos culturales, y un entorno familiar que facilita apoyo emocional. Además, algunas prácticas tradicionales de confort —masajes, calor moderado, posiciones verticales— se implementan con mayor flexibilidad. No obstante, el riesgo principal es la capacidad limitada para responder a emergencias súbitas. Hemorragias, eclampsia, sepsis o sufrimiento fetal requieren intervención inmediata; en esos escenarios, la distancia y las demoras pueden ser determinantes.

Los beneficios del parto institucional se expresan en infraestructura y capacidad resolutive: personal especializado, recursos para reanimación neonatal, manejo de hemorragia, antibióticos y cesárea. Estas ventajas son críticas para reducir mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, la institución puede generar iatrogenia o intervenciones innecesarias si predomina una lógica de control del proceso, y puede afectar salud mental perinatal si la experiencia se vive como violenta o humillante.

La tensión central entre ambos escenarios se sitúa en la relación entre seguridad clínica y pertinencia cultural. No es una dicotomía absoluta, pero en la práctica se presenta como tal cuando no existe articulación. En contextos donde el sistema formal desconoce a la partera, se rompe la continuidad: la mujer debe elegir entre cultura y clínica. En cambio, cuando existen modelos interculturales, se habilita un enfoque combinado: respeto cultural con rutas claras de referencia. Otro punto de conflicto es la definición de riesgo. En algunos territorios, el embarazo se considera “normal” mientras no existan señales evidentes, y la decisión de ir al hospital se toma tarde. En el sistema formal, se promueve la planificación del parto según factores de riesgo y controles prenatales. La convergencia se logra cuando se establecen criterios compartidos y planes de emergencia:

reconocer señales de alarma, definir transporte, contactos y centro de referencia antes del inicio del trabajo de parto. La solución no consiste en idealizar el parto en casa ni imponer el parto institucional, sino en construir condiciones para decisiones informadas y seguras. La estrategia intercultural incluye mejorar calidad del trato en servicios, permitir acompañamiento, facilitar movilidad, respetar posiciones seguras y asegurar comunicación pertinente. Paralelamente, implica fortalecer capacidades comunitarias: educación en signos de alarma, coordinación con parteras y reducción de demoras en traslado.

1.14. Determinantes sociales del embarazo y parto en contextos rurales y periurbanos



Los determinantes sociales del embarazo y el parto son las condiciones de vida que influyen en el riesgo, el acceso a servicios y la calidad de la atención. En contextos rurales y periurbanos, estos determinantes explican por qué las complicaciones prevenibles se concentran en ciertos grupos, más allá de factores estrictamente biológicos. La salud materna se ve afectada por pobreza, precariedad laboral, escolaridad limitada, inseguridad territorial y desigualdades de género, que condicionan decisiones y posibilidades reales de cuidado. La geografía y la infraestructura son determinantes críticos. Distancias largas, caminos en mal estado, falta de transporte nocturno y costos de traslado dificultan el control prenatal y la llegada oportuna al parto institucional.

En zonas periurbanas, aunque la distancia sea menor, la congestión, inseguridad, informalidad del transporte y falta de recursos económicos generan barreras similares. Estos factores aumentan las demoras: decidir buscar ayuda, llegar al servicio y recibir atención efectiva, especialmente en emergencias. El nivel socioeconómico influye en nutrición, descanso y exposición a riesgos laborales. Mujeres que trabajan en agricultura, comercio informal o labores domésticas intensas

pueden continuar con cargas físicas durante el embarazo, incrementando fatiga y vulnerabilidad. La inseguridad alimentaria y dietas pobres en micronutrientes elevan el riesgo de anemia, infecciones y complicaciones. Además, el costo de exámenes, medicamentos o incluso de movilización puede llevar a postergar controles, reduciendo detección temprana de riesgos. La escolaridad y la alfabetización en salud condicionan comprensión de señales de alarma y navegación del sistema sanitario. En comunidades con barreras lingüísticas, la información en español puede ser insuficiente o incomprensible, y la comunicación clínica se fragmenta. Esto afecta consentimiento informado, adherencia a recomendaciones y continuidad del cuidado. La falta de información clara y culturalmente pertinente puede aumentar el temor al parto institucional o reforzar narrativas comunitarias de desconfianza, aun cuando existan servicios disponibles.

La desigualdad de género y la violencia basada en género impactan directamente el embarazo. Decisiones sobre acudir al control prenatal o al hospital pueden depender de la pareja o de la familia, limitando autonomía. La violencia física o psicológica incrementa estrés, depresión perinatal y riesgo de complicaciones. Además, embarazos en adolescentes o en contextos de coerción se asocian a menor acceso a cuidados y mayor vulnerabilidad. Estos factores exigen respuestas intersectoriales, no solo clínicas.

La calidad del servicio y el trato recibido son determinantes sociales en sí mismos, porque influyen en la conducta de búsqueda de atención. Experiencias previas de maltrato, discriminación étnica o humillación pueden llevar a evitar centros de salud hasta etapas tardías. En territorios periurbanos, la saturación de servicios y la atención fragmentada reducen la confianza. Por ello, mejorar acceso no es solo acercar un establecimiento, sino garantizar atención digna, comprensible y respetuosa de la cultura. Las redes comunitarias cumplen un doble papel. Por un lado, son un determinante protector: facilitan apoyo emocional, acompañamiento, cuidados del hogar y traslado en emergencias. Por otro, pueden reforzar decisiones tardías si predominan interpretaciones que minimizan signos de alarma o normalizan síntomas graves.

En este punto, la partera tradicional y agentes comunitarios pueden ser aliados estratégicos para promover educación sanitaria, traducir señales de riesgo y activar rutas de referencia sin ruptura cultural. Desde la salud pública, abordar determinantes sociales implica intervenir más allá del acto clínico. Se requieren estrategias de atención primaria territorial, rutas de transporte para emergencias obstétricas, comunicación intercultural, fortalecimiento de control prenatal y acciones contra discriminación y violencia obstétrica. También se necesitan políticas de protección social para reducir costos indirectos del cuidado y asegurar continuidad. La reducción de mortalidad materna depende tanto de infraestructura y protocolos como de condiciones sociales que permiten utilizarlos.

1.15. Límites del manejo tradicional y criterios de derivación oportuna

El manejo tradicional del embarazo y el parto aporta contención, continuidad y pertinencia cultural, pero posee límites objetivos frente a complicaciones que requieren intervención clínica inmediata. Reconocer esos límites no implica deslegitimar la partería ni los saberes comunitarios; implica proteger la vida materna y neonatal mediante decisiones oportunas. En salud pública, la derivación temprana es uno de los factores más determinantes para reducir mortalidad, especialmente cuando el territorio presenta barreras de transporte y acceso.

El primer límite es la capacidad resolutoria ante emergencias agudas. La hemorragia, los trastornos hipertensivos severos, la sepsis, el sufrimiento fetal y el parto obstruido pueden evolucionar rápidamente y demandan recursos que el entorno comunitario no suele tener: medicamentos específicos, transfusión, quirófano, monitoreo continuo o reanimación neonatal avanzada. Por ello, el criterio clave es que la atención tradicional sea fuerte en acompañamiento y prevención, pero se articule con referencia inmediata cuando se supera el umbral de seguridad.

Los criterios de derivación se basan en signos de alarma, independientemente del marco interpretativo utilizado. En embarazo, deben derivarse de inmediato sangrado vaginal, dolor abdominal intenso persistente, fiebre, cefalea severa, visión borrosa, hinchazón súbita de cara/manos, convulsiones, pérdida de líquido, disminución marcada de movimientos fetales o malestar general progresivo. En estos casos, el riesgo de preeclampsia/eclampsia, infección u otras complicaciones es alto, y la demora incrementa daño.

Durante el trabajo de parto, los límites del manejo tradicional se vuelven más críticos por el factor tiempo. Se requiere derivación cuando el parto no progresa (contracciones intensas sin avance por horas), hay dolor extremo con agotamiento, sangrado, fiebre, líquido con mal olor o color anormal, presentación anómala evidente, o signos de sufrimiento fetal. También cuando la mujer refiere “algo no está bien” de forma persistente, pues la percepción subjetiva puede anticipar complicación. La prudencia debe primar sobre la expectativa de “esperar un poco más”.

En el puerperio, se debe derivar ante hemorragia abundante o coágulos grandes, fiebre, dolor pélvico intenso, secreción con mal olor, mareos severos, dificultad respiratoria, dolor torácico o edema doloroso en extremidades. Asimismo, deben atenderse señales emocionales graves: tristeza profunda persistente, ideas de daño o incapacidad total para cuidar al bebé. La cultura puede explicar estos estados de diversas formas, pero el criterio clínico exige protección y apoyo inmediato. La derivación oportuna no depende solo de identificar signos, sino de contar con un plan operativo comunitario. Este plan incluye definir con anticipación el centro de referencia, rutas de transporte, personas responsables de acompañamiento, recursos económicos mínimos y comunicación rápida con el servicio.

CAPÍTULO 2

Atención Intercultural del Parto, Experiencias y Modelos

Atención intercultural del parto, experiencias y modelos

Introducción



La atención intercultural del parto surge como respuesta a una realidad persistente: la coexistencia de diversos sistemas de cuidado materno en un mismo territorio, con desigualdades de acceso y experiencias de atención marcadas por barreras culturales, lingüísticas y sociales. En muchos contextos, las mujeres no eligen entre “tradición” o “biomedicina” por preferencia

abstracta, sino por condiciones concretas: distancia, costo, confianza, trato recibido y compatibilidad entre sus valores y el modelo institucional de atención.

Este capítulo parte de una premisa operativa: la interculturalidad no es un adorno discursivo, sino una estrategia sanitaria para mejorar resultados y proteger derechos. Cuando la atención institucional ignora la cultura, se incrementan las demoras, se reduce el uso oportuno de servicios y crece el riesgo de complicaciones evitables. En cambio, cuando la atención reconoce prácticas compatibles, comunica con claridad y respeta la autonomía, se fortalece la continuidad del cuidado y se consolida la confianza como un determinante clave de la seguridad materna y neonatal.

La atención intercultural implica un equilibrio exigente entre dos obligaciones simultáneas. La primera es garantizar seguridad clínica mediante protocolos, gestión del riesgo y capacidad resolutoria ante emergencias. La segunda es asegurar pertinencia cultural y trato digno, evitando discriminación, imposición y violencia obstétrica. La tensión aparece cuando los servicios aplican estandarización rígida sin considerar contexto, o cuando se toleran prácticas sin criterios de seguridad. El desafío técnico consiste en integrar, sin romantizar ni negar, lo que cada sistema aporta.

En esta perspectiva, el parto respetado se convierte en un puente central. No se trata solo de “humanización”, sino de estándares concretos: consentimiento informado, privacidad, acompañamiento elegido, libertad de movimiento, comunicación comprensible y no maltrato. Estos elementos, además de ser derechos, funcionan como condiciones que aumentan adherencia y reducen resistencia a la atención institucional. La pertinencia cultural, por tanto, puede mejorar la efectividad del sistema al disminuir miedo y facilitar decisiones tempranas ante señales de alarma. El capítulo abordará las principales barreras que limitan el acceso efectivo: idioma, territorio, costos indirectos, trámites, saturación de servicios y experiencias previas de estigma. Se analizará cómo

estas barreras producen discontinuidad del cuidado, especialmente en poblaciones rurales, periurbanas o históricamente excluidas. También se examinará la violencia obstétrica como problema sanitario y social que impacta la salud mental perinatal, la percepción del parto y la disposición a buscar atención en futuros embarazos. A partir de este diagnóstico, se revisarán modelos de atención intercultural implementados en distintos contextos, con énfasis en tipologías prácticas: adecuaciones culturales en establecimientos, modelos de articulación con parteras tradicionales, mecanismos de co-atención y rutas de referencia y contrarreferencia. El objetivo no es presentar un único modelo ideal, sino identificar componentes mínimos replicables: formación del personal, protocolos flexibles, infraestructura adaptada, participación comunitaria y gobernanza institucional.

Un eje transversal será la articulación entre parteras tradicionales y servicios de salud. La colaboración efectiva exige delimitar funciones, reconocer límites y establecer comunicación confiable, evitando que la derivación se perciba como ruptura cultural o deslegitimación. Se propondrá una lógica de “continuo de cuidado” donde la partera aporta acompañamiento y detección temprana, y el sistema formal garantiza respuesta clínica ante riesgos, con retorno comunitario mediante contrarreferencia y seguimiento en atención primaria.

Finalmente, este capítulo integrará criterios de evaluación: indicadores de calidad intercultural, experiencia usuaria, confianza, reducción de demoras y resultados sanitarios. La interculturalidad debe medirse no solo por satisfacción, sino por su capacidad de mejorar acceso y seguridad. Con ello, se sientan bases para los capítulos siguientes: la promoción de salud materna desde saberes tradicionales y el análisis de derechos reproductivos, partería y políticas públicas como marco de sostenibilidad y rendición de cuentas.

2.1. Interculturalidad en salud aplicada al parto: bases conceptuales y operativas

La interculturalidad en salud aplicada al parto se define como un enfoque de organización y prestación de servicios que reconoce la coexistencia de sistemas de significados, prácticas y expectativas en torno al nacimiento, y busca generar atención segura y digna mediante diálogo, adaptación y coordinación. No se limita a “tolerar” costumbres, sino a incorporar pertinencia cultural en procesos clínicos, comunicación y toma de decisiones. Su objetivo sanitario es mejorar acceso efectivo y continuidad del cuidado.

En el parto, la interculturalidad parte de una premisa: cultura y salud no son dimensiones separadas. La manera en que una mujer interpreta el dolor, el riesgo, la privacidad, el acompañamiento y el rol del personal influye en cuándo consulta, dónde decide parir y cómo se relaciona con el servicio. Por ello, un modelo intercultural debe reducir fricciones entre el sistema institucional y las prácticas comunitarias compatibles, evitando que la atención se perciba como imposición o humillación. A

nivel conceptual, la interculturalidad se diferencia de enfoques “multiculturales” pasivos. Mientras el multiculturalismo puede limitarse a coexistencia sin cambio, la interculturalidad implica interacción y transformación institucional. En salud materna, esto se traduce en revisar protocolos, adecuar espacios, mejorar comunicación y establecer acuerdos con actores comunitarios. El enfoque no niega la biomedicina, pero reconoce que su eficacia depende de ser aceptada y comprendida por las usuarias, especialmente en contextos de desigualdad. Operativamente, la interculturalidad se organiza en tres niveles. El nivel relacional aborda el trato cotidiano: respeto, escucha, ausencia de discriminación y comunicación comprensible. El nivel institucional implica cambios en normas y procedimientos: permitir acompañantes, posiciones seguras, intérpretes, privacidad, consentimiento informado y registros que incorporen prácticas relevantes. El nivel estructural se orienta a barreras de acceso: transporte, costos indirectos, continuidad prenatal y protección social para reducir demoras en emergencias.

Un componente crítico es la comunicación clínica intercultural. No basta con “hablar español” si la usuaria piensa en categorías distintas o si existen barreras lingüísticas directas. La comunicación intercultural implica traducir riesgos y decisiones al lenguaje y códigos de la mujer, verificando comprensión y promoviendo consentimiento informado real. Esto incluye explicar procedimientos, alternativas, beneficios y riesgos, sin infantilizar, y respetar la autonomía. La traducción también funciona en sentido inverso: comprender prácticas y temores de la usuaria.

La interculturalidad aplicada al parto se vincula estrechamente con el enfoque de derechos y con el parto respetado. La dignidad, la privacidad, el acompañamiento, la libertad de movimiento y la no violencia obstétrica no son “preferencias culturales” secundarias, sino estándares que mejoran calidad y seguridad. Cuando la mujer confía, comunica mejores síntomas, acepta referencias oportunas y se reduce el abandono del servicio. Por ello, la humanización no es opuesta al manejo clínico; es parte del manejo clínico efectivo.

Otro eje operativo es la articulación con sistemas comunitarios, especialmente parteras tradicionales. Un modelo intercultural no sustituye a la partera ni la incorpora de forma simbólica; define roles complementarios y límites claros. La partera puede aportar acompañamiento continuo, detección temprana de alarmas y apoyo en el traslado. El servicio formal aporta monitoreo, tratamiento y resolución de emergencias. La coordinación exige rutas de referencia y contrarreferencia, comunicación rápida y respeto mutuo, evitando culpabilización cuando se deriva.

2.2. Competencia cultural y seguridad cultural en servicios materno

La competencia cultural en servicios maternos se entiende como la capacidad del personal y de la institución para brindar atención eficaz y respetuosa a mujeres de diversos contextos culturales,

reconociendo valores, creencias, idioma y prácticas asociadas al embarazo y al parto. No se limita a “conocer costumbres”, sino a desarrollar habilidades de comunicación, adaptación clínica y toma de decisiones centrada en la usuaria. Su finalidad es reducir errores, fricciones y abandono del cuidado. La seguridad cultural va más allá de la competencia cultural. Mientras la competencia se enfoca en lo que el servicio “hace” o “sabe”, la seguridad cultural se define por cómo la mujer percibe la atención: si se sintió respetada, no discriminada y con autonomía real. Un servicio puede aplicar protocolos y aun así ser culturalmente inseguro si humilla, infantiliza o invalida prácticas compatibles. En atención materna, la seguridad cultural es clave porque el parto es un evento íntimo y vulnerable.

En lo operativo, la competencia cultural incluye habilidades específicas. Primero, comunicación clara y bidireccional: escuchar, verificar comprensión, explicar procedimientos y alternativas, y documentar consentimiento informado. Segundo, manejo de diferencias sin confrontación: preguntar por preferencias, prácticas y temores sin ridiculizarlos. Tercero, adaptar la atención cuando sea clínicamente seguro: permitir acompañante elegido, facilitar movimiento, aceptar posiciones de parto seguras y respetar privacidad. Estas acciones mejoran confianza y continuidad del cuidado.

Un elemento crítico es la gestión de idioma. En contextos con lenguas originarias o variaciones dialectales, la ausencia de interpretación adecuada genera riesgo clínico: mala anamnesis, comprensión incompleta de signos de alarma y decisiones sin consentimiento real. La competencia cultural exige mecanismos de interpretación (intérpretes, mediadores comunitarios, materiales visuales), evitando que niños o familiares traduzcan decisiones complejas. La seguridad cultural se incrementa cuando la mujer puede expresar dolor, miedo y síntomas en su lengua.

La competencia cultural también implica reconocer asimetrías de poder. En servicios maternos, el personal controla el espacio, los procedimientos y el acceso a información. Si esa asimetría se ejerce de forma autoritaria, se produce daño emocional, resistencia y, en algunos casos, violencia obstétrica. La seguridad cultural requiere prácticas deliberadas para equilibrar la relación: presentarse, explicar roles, pedir permiso antes de tocar, informar durante procedimientos y permitir preguntas. Estas conductas reducen miedo y aumentan cooperación.

En el nivel institucional, la seguridad cultural se construye con normas y entornos adecuados. Espacios que garanticen privacidad, disponibilidad de acompañante, opciones de posiciones de parto, señalética comprensible y protocolos flexibles son componentes mínimos. También se requieren rutas para quejas y retroalimentación sin represalias. Cuando la institución valida la voz de la usuaria y corrige conductas discriminatorias, se fortalece la confianza comunitaria y se reduce la evitación del parto institucional.

La articulación con parteras tradicionales puede funcionar como mecanismo de seguridad cultural. La presencia de una partera o mediadora durante el parto institucional puede facilitar comunicación, traducir preferencias y disminuir ansiedad. Sin embargo, esta integración debe tener límites claros para evitar conflictos de rol o riesgos clínicos. Lo relevante es que la institución reconozca el valor del acompañamiento cultural y lo incorpore como soporte, sin delegar responsabilidades clínicas ni desplazar el consentimiento de la mujer.

2.3. Barreras de acceso: idioma, territorio, costos y continuidad del cuidado

Las barreras de acceso en la atención del parto no se limitan a la existencia física de un establecimiento de salud. Acceder implica poder llegar a tiempo, comprender el proceso de atención, recibir trato digno y sostener continuidad antes y después del parto. En contextos rurales y periurbanos, las barreras se expresan en idioma, territorio, costos directos e indirectos, y fragmentación del cuidado. Estas barreras aumentan demoras y elevan riesgo materno y neonatal. La barrera lingüística es una de las más críticas porque afecta comunicación clínica y consentimiento informado. Cuando la usuaria no domina el idioma del personal o existen diferencias de registro cultural, la anamnesis se empobrece, las señales de alarma se expresan de forma incompleta y las indicaciones se comprenden parcialmente. Esto puede derivar en errores, resistencia a procedimientos o abandono del servicio. La solución exige intérpretes, mediadores y materiales en lengua pertinente, no solo buena voluntad.

El territorio condiciona el tiempo de respuesta ante emergencias. Distancias largas, vías inestables, falta de transporte nocturno o ausencia de ambulancias generan la segunda demora: llegar al servicio. En periurbano, el problema puede ser congestión, inseguridad o transporte informal no disponible a ciertas horas. El riesgo se agrava cuando el trabajo de parto inicia de noche o en temporadas climáticas adversas. En estos escenarios, el plan de emergencia comunitario es tan relevante como el hospital.

Los costos son una barrera subestimada. Aun si el parto institucional es gratuito, los costos indirectos pueden ser determinantes: transporte, alimentación del acompañante, compra de insumos, pérdida de ingresos diarios y cuidado de otros hijos. Estos costos empujan a postergar controles prenatales y a buscar atención solo cuando el parto está avanzado, incrementando complicaciones. En hogares con precariedad económica, la decisión de salir al hospital compete con necesidades básicas, por lo que el acceso real depende de medidas de protección social.

La continuidad del cuidado se rompe cuando el sistema no integra prenatal, parto y puerperio en un circuito coherente. Controles prenatales tardíos, ausencia de seguimiento posparto, historias clínicas fragmentadas y cambios frecuentes de personal reducen la confianza y la eficacia. Una mujer puede asistir a controles, pero no tener plan de parto, no conocer su centro de referencia, o

no contar con orientación sobre signos de alarma. La falta de continuidad aumenta la primera demora: decidir buscar ayuda. Existen barreras vinculadas al trato y a experiencias previas de discriminación. Si una mujer ha vivido maltrato, burlas por su lengua o vestimenta, imposición de procedimientos o falta de privacidad, puede evitar el servicio incluso cuando hay riesgo. Este fenómeno no es “resistencia cultural” abstracta; es una respuesta racional frente a daño. La violencia obstétrica y el racismo institucional funcionan como barreras de acceso, porque la usuaria anticipa la experiencia como amenaza, no como protección. Las barreras también se expresan en el diseño institucional: horarios rígidos, trámites, falta de señalización comprensible y ausencia de acompañamiento permitido. En el parto, restricciones de movilidad o prohibición de acompañantes incrementan ansiedad y pueden contradecir expectativas culturales. Cuando el servicio no incorpora adecuaciones mínimas, el acceso se reduce, aunque exista infraestructura. Por ello, la interculturalidad no puede limitarse a discursos; requiere cambios operativos que faciliten uso real del servicio.

Superar estas barreras exige intervenciones integradas. En idioma: intérpretes y mediadores. En territorio: rutas de transporte y coordinación con redes comunitarias. En costos: apoyos y reducción de gastos indirectos. En continuidad: modelos de atención primaria territorial, plan de parto, referencia y contrarreferencia. Además, se requiere formación del personal para eliminar prácticas discriminatorias y fortalecer la seguridad cultural. El acceso efectivo es un resultado del sistema completo, no de un punto aislado.

2.4. Discriminación y violencia obstétrica: impacto sanitario y social

La discriminación y la violencia obstétrica constituyen problemas sanitarios porque afectan directamente el acceso oportuno, la calidad de la atención y la salud física y mental de las mujeres. No se limitan a hechos aislados, sino que pueden expresarse como patrones institucionales: trato humillante,



negación de información, imposición de procedimientos y estigmatización por origen étnico, edad, condición socioeconómica o idioma. En contextos interculturales, estas prácticas amplifican desconfianza y profundizan desigualdades. La discriminación se manifiesta cuando la mujer es tratada como “menos capaz” o “menos merecedora” por su cultura o su situación. Puede aparecer en burlas por su lengua, críticas a su vestimenta, juicios sobre su vida sexual, o suposiciones de

irresponsabilidad. Estas conductas generan daño emocional, reducen la comunicación clínica y erosionan el consentimiento informado. En términos de salud pública, la discriminación funciona como barrera: las mujeres evitan controles prenatales o retrasan el ingreso al parto institucional para no exponerse a maltrato. La violencia obstétrica se entiende como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos mediante un trato deshumanizado, abuso de medicalización o prácticas realizadas sin información suficiente y sin consentimiento real. Puede incluir gritos, amenazas, infantilización, restricción injustificada de acompañantes, negación de analgesia cuando está disponible, procedimientos invasivos sin explicación y cesáreas no justificadas clínicamente. También incluye negligencia, como abandono o retraso de atención en momentos críticos, que incrementa riesgo físico. El impacto sanitario es múltiple.

En lo inmediato, la violencia obstétrica puede aumentar complicaciones por intervenciones innecesarias o por negligencia, y puede elevar el estrés fisiológico durante el parto, afectando tolerancia al dolor y cooperación con el equipo. En lo mediano, se asocia a depresión posparto, trastorno de estrés postraumático, dificultades en el vínculo madre-bebé y rechazo a futuros controles. Además, puede afectar lactancia y recuperación, especialmente cuando la mujer se siente vulnerable, culpabilizada o despojada de autonomía.

El impacto social se expresa en pérdida de confianza institucional y reproducción de desigualdades. Cuando una comunidad acumula relatos de maltrato, el hospital se convierte en un espacio temido. Esto refuerza la preferencia por parto domiciliario incluso en escenarios de riesgo, y aumenta demoras en emergencias. La desconfianza también afecta campañas de salud pública: si el sistema no es percibido como protector, las estrategias de prevención no se traducen en uso real de servicios.

En poblaciones indígenas, afrodescendientes o rurales, la violencia obstétrica se entrelaza con racismo estructural. No solo es un problema de “mal trato”, sino de relaciones de poder que invalidan culturas y silencian decisiones. Por ejemplo, prohibir la lengua materna o negar prácticas compatibles con seguridad (acompañamiento, posiciones, privacidad) puede vivirse como agresión cultural. Esto produce inseguridad cultural y fractura el continuo de cuidado. La interculturalidad, en este sentido, es una herramienta de prevención.

La prevención requiere acciones en varios niveles. En el nivel relacional, formación del personal en derechos, comunicación y enfoque intercultural, con protocolos de trato que incluyan pedir permiso, explicar procedimientos y evitar lenguaje descalificador. En el nivel institucional, mecanismos de supervisión, canales de quejas seguros, auditorías de consentimiento informado y adecuaciones de entorno (privacidad, acompañantes, intérpretes). En el nivel estructural, reducción de saturación, mejora de recursos y fortalecimiento de equipos, porque la precariedad también

favorece maltrato. Es clave diferenciar intervenciones clínicas necesarias de violencia obstétrica. Un procedimiento urgente puede ser vital, pero debe explicarse con la mayor claridad posible, aun en emergencia, y debe respetar la dignidad de la mujer. La violencia no es la existencia del procedimiento, sino la ausencia de información, la imposición sin respeto y el uso de poder para controlar en lugar de cuidar. Un sistema intercultural debe sostener seguridad clínica sin normalizar prácticas autoritarias.

2.5. Parto respetado: principios, estándares y prácticas clínicas compatibles

El parto respetado es un enfoque de atención que reconoce a la mujer como protagonista del proceso de nacimiento y exige que la atención sea segura, digna, informada y libre de violencia. No se limita a un ideal ético; constituye un estándar operativo de calidad en servicios maternos. En contextos interculturales, el parto respetado funciona como puente entre cultura y clínica, porque integra derechos, comunicación y prácticas compatibles con la fisiología del parto sin renunciar a la capacidad de respuesta ante riesgos.

Entre sus principios centrales se encuentran la autonomía, el consentimiento informado, la privacidad, el acompañamiento elegido, la no discriminación y la comunicación comprensible. La autonomía implica que la mujer pueda decidir, dentro de lo clínicamente seguro, sobre su posición, manejo del dolor, presencia de personas de apoyo y prácticas culturales compatibles. El consentimiento informado exige explicar procedimientos, alternativas, beneficios y riesgos en lenguaje claro, verificando comprensión y evitando coerción o amenazas.

Los estándares del parto respetado incluyen prácticas institucionales verificables. Por ejemplo, permitir un acompañante durante el trabajo de parto y el parto, salvo contraindicación clínica; ofrecer libertad de movimiento y acceso a posiciones verticales o semiverticales; minimizar intervenciones rutinarias sin indicación; y garantizar trato digno sin gritos, humillaciones o infantilización. También incluye el derecho a recibir información continua sobre el progreso del parto y a que se respeten preferencias razonables consignadas en un plan de parto.

Desde el punto de vista clínico, el parto respetado es compatible con la seguridad cuando se guía por evidencia y evaluación de riesgo. La libertad de movimiento puede coexistir con monitoreo intermitente cuando el embarazo es de bajo riesgo, y con monitoreo continuo cuando es necesario. Las posiciones elegidas pueden ser seguras si se cuenta con apoyo del equipo y se adapta el entorno. El acompañamiento continuo puede reducir ansiedad y contribuir al manejo no farmacológico del dolor, sin interferir con la vigilancia clínica.

La minimización de intervenciones innecesarias es un componente clave. La práctica respetada evita rutinas como restricciones de ingesta sin razón, inmovilización prolongada, tactos vaginales excesivos, o procedimientos invasivos sin indicación y sin explicación. Sin embargo, el enfoque no

niega la intervención cuando es necesaria. En emergencia, la prioridad es salvar vidas, pero aun así se deben mantener estándares de dignidad: explicar lo posible, evitar lenguaje agresivo y garantizar privacidad. El manejo del dolor debe abordar tanto dimensión clínica como emocional. El parto respetado reconoce el derecho a recibir información sobre opciones de alivio del dolor, incluyendo métodos no farmacológicos y, cuando están disponibles y son seguros, opciones farmacológicas. La clave intercultural es no imponer un modelo único: algunas mujeres prefieren estrategias tradicionales de respiración, masajes, calor moderado o acompañamiento ritual; otras desean analgesia farmacológica. Respetar implica informar y permitir decidir.

En contextos interculturales, el parto respetado incluye adecuaciones culturalmente pertinentes: comunicación en lengua de la usuaria, mediación cultural cuando se requiere, respeto a preferencias de privacidad, y aceptación de prácticas no riesgosas (por ejemplo, rezos o cantos suaves, objetos simbólicos, acompañamiento de partera tradicional). Estas adecuaciones no son concesiones menores; reducen miedo, mejoran cooperación clínica y fortalecen continuidad del cuidado. La condición es que no comprometan higiene ni seguridad.

La implementación del parto respetado requiere cambios institucionales y de conducta profesional. Se necesitan protocolos, capacitación, supervisión y mecanismos de rendición de cuentas. También se requiere gestionar condiciones estructurales: la saturación, el déficit de personal y la precariedad de infraestructura facilitan prácticas autoritarias. Sin recursos mínimos —privacidad, espacios adecuados, disponibilidad de intérpretes, tiempo para explicar— el parto respetado se vuelve retórico. Por ello, debe incorporarse como indicador de calidad y no solo como recomendación.

2.6. Adecuaciones culturales en establecimientos: entorno, privacidad y acompañamiento

Las adecuaciones culturales en establecimientos de salud son ajustes concretos del entorno físico, las normas de atención y la organización del servicio para que el parto institucional sea compatible con las necesidades culturales, emocionales y sociales de las mujeres, sin comprometer la seguridad clínica. No se trata de “decorar” el servicio con símbolos, sino de remover barreras prácticas que generan miedo, vergüenza o desconfianza. En salud pública, estas adecuaciones mejoran acceso efectivo y continuidad del cuidado.

El entorno físico influye en la experiencia del parto. Espacios fríos, ruidosos, con circulación constante de personal y sin privacidad pueden vivirse como invasivos, especialmente en mujeres que valoran reserva y control del cuerpo expuesto. Una adecuación cultural mínima incluye áreas que garanticen intimidad, control de entradas, y condiciones de higiene compatibles con prácticas tradicionales no riesgosas. También implica señalética comprensible y, cuando corresponde, materiales visuales o bilingües para orientar el proceso.

La privacidad es un estándar clínico y cultural. Respetarla implica limitar observadores innecesarios, reducir exposición corporal, cubrir adecuadamente, pedir permiso antes de tocar y explicar cada acción. En muchos servicios, la vulneración de privacidad se normaliza por la rutina, pero genera daño y resistencia. La privacidad es especialmente relevante en contextos interculturales donde el cuerpo se asocia a normas de pudor y protección familiar. Garantizar privacidad fortalece confianza y facilita comunicación de síntomas sensibles.

El acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto es una adecuación clave con alto impacto sanitario. Permitir que la mujer esté acompañada por una persona de confianza reduce ansiedad, mejora tolerancia al dolor y aumenta sensación de control. En contextos tradicionales, el acompañante puede ser la pareja, una mujer de la familia o una partera tradicional. Este apoyo también facilita traducción cultural, ayuda a sostener decisiones informadas y reduce la percepción de aislamiento institucional, especialmente en mujeres que llegan desde territorios rurales.

Para que el acompañamiento sea seguro, el establecimiento debe definir reglas claras: higiene de manos, limitación del número de acompañantes, rol de apoyo no interferente y respeto del equipo clínico. La adecuación cultural no significa pérdida de control clínico, sino integración de apoyo emocional dentro de un marco de seguridad. La presencia de un acompañante puede mejorar cooperación en procedimientos y reducir conflictividad, porque la mujer se siente respaldada y escuchada.

Otra adecuación relevante es permitir prácticas de confort culturalmente significativas, siempre que sean compatibles con seguridad e higiene. Esto puede incluir música suave, rezos, objetos simbólicos pequeños, o ciertas formas de respiración y masaje. Asimismo, implica flexibilizar normas de postura, facilitando posiciones verticales o semiverticales si el caso es de bajo riesgo y el equipo está preparado. Estas prácticas aportan sentido cultural y reducen miedo, sin reemplazar monitoreo clínico.

En servicios interculturales, la figura del mediador o intérprete es una adecuación esencial cuando existe barrera lingüística. El mediador no solo traduce palabras; ayuda a traducir significados, expectativas y temores, y apoya al equipo a explicar procedimientos de modo comprensible. Esto mejora consentimiento informado y reduce malentendidos que pueden escalar a conflicto. La ausencia de mediación en contextos multilingües aumenta el riesgo de decisiones sin comprensión real.

Las adecuaciones culturales también implican cambios organizacionales. Por ejemplo, permitir que la mujer ingrese con su propia ropa o con prendas compatibles con higiene, organizar horarios para facilitar presencia de acompañantes, y evitar restricciones rígidas sin justificación clínica. Además, se requiere capacitar al personal para comprender la lógica de estas adecuaciones y no tratarlas

como concesiones “extra”. Si el personal las percibe como carga, tiende a restringirlas, debilitando el modelo. El desafío operativo es sostener adecuaciones sin afectar la respuesta ante emergencias. Para ello se necesitan criterios claros: qué prácticas son permitidas, cuáles requieren supervisión y cuáles son incompatibles con seguridad. En casos de riesgo, el servicio debe explicar por qué se limitan ciertas preferencias, manteniendo respeto y comunicación. La transparencia reduce frustración y previene que la mujer interprete restricciones como castigo. La adecuación cultural debe ser flexible, pero no ambigua.

2.7. Posiciones de parto y libertad de movimiento: integración segura en sala de partos

La libertad de movimiento y la posibilidad de elegir posiciones durante el trabajo de parto y el parto constituyen componentes centrales del enfoque intercultural y del parto respetado. Para muchas mujeres, moverse, cambiar de postura y adoptar posiciones verticales o semiverticales no es solo una preferencia física, sino un elemento cultural asociado a autonomía, fuerza y naturalidad del proceso. En términos sanitarios, estas prácticas pueden mejorar la experiencia de parto y, en embarazos de bajo riesgo, ser compatibles con seguridad clínica.

La integración segura de posiciones requiere comprender que el parto es dinámico. Mantener a la mujer inmovilizada en posición supina puede aumentar incomodidad, disminuir percepción de control y, en ciertos casos, dificultar el descenso fetal. Por ello, permitir movimiento —caminar, balancearse, apoyarse, usar pelota o adoptar posturas de descanso— puede favorecer tolerancia al dolor y disminuir ansiedad. La movilidad también facilita la participación activa de la mujer, aspecto clave para reducir miedo y fortalecer cooperación.

Las posiciones verticales o semiverticales incluyen estar de pie, en cuclillas, arrodillada, en cuatro apoyos o sentada. Estas posturas pueden contribuir a una mayor apertura pélvica funcional y a un mejor uso de la gravedad, lo que algunas mujeres perciben como alivio del dolor lumbar o mayor eficacia de las contracciones. Sin embargo, su uso debe individualizarse: la seguridad depende del estado materno, el progreso del parto, la presentación fetal y la disponibilidad de soporte del equipo clínico. En la práctica intercultural, la integración implica adecuar el entorno hospitalario. Se requieren camas ajustables, colchonetas, barras o apoyos, sillas de parto u otros recursos que permitan sostener posturas sin riesgo de caída. También se requiere un equipo entrenado en atención de parto en posiciones no supinas, incluyendo maniobras de asistencia, cuidado del periné y recepción neonatal. Sin entrenamiento, el personal puede resistirse por temor a perder control



del campo clínico, generando restricciones injustificadas. La libertad de movimiento debe articularse con el monitoreo clínico. En embarazos de bajo riesgo, puede utilizarse monitoreo intermitente, permitiendo movilidad entre evaluaciones. En casos que requieren monitoreo continuo, se puede facilitar movimiento dentro de límites, utilizando equipos inalámbricos si están disponibles o ajustando cables y posiciones de manera práctica. Lo fundamental es explicar a la mujer por qué se requiere monitoreo y negociar alternativas para mantener comodidad y autonomía en la medida posible.

Existen situaciones donde ciertas posiciones pueden estar contraindicadas o requerir mayor supervisión: anestesia epidural con disminución de fuerza en piernas, hipotensión, hemorragia, fiebre, sufrimiento fetal o parto instrumental inminente. En estos casos, la atención intercultural no consiste en negar sin explicación, sino en comunicar el riesgo y ofrecer opciones seguras dentro del contexto. La transparencia reduce conflicto y evita que la restricción se viva como castigo cultural.

La integración de posiciones también se relaciona con el acompañamiento. Un acompañante o partera tradicional puede ayudar a sostener posturas, guiar respiración y facilitar cambios de posición, siempre que se respeten normas de higiene y que el acompañamiento no interfiera con el trabajo clínico. Esta cooperación aumenta seguridad emocional y disminuye agotamiento. Además, facilita que la mujer mantenga continuidad con prácticas culturales de confort, como masaje sacro o soporte con telas, cuando son compatibles.

Desde la perspectiva intercultural, reconocer posiciones tradicionales tiene un valor adicional: reduce el choque cultural entre parto comunitario y parto institucional. Muchas mujeres evitan el hospital porque anticipan inmovilización y pérdida de control. Cuando el servicio permite movimiento y posturas seguras, se reduce resistencia, aumenta satisfacción y se fortalece la confianza comunitaria. Esta confianza es un activo sanitario: favorece control prenatal, uso temprano del servicio y derivación oportuna ante emergencias.

2.8. Comunicación clínica intercultural y consentimiento informado

La comunicación clínica intercultural es el proceso mediante el cual el equipo de salud y la usuaria construyen comprensión mutua sobre el embarazo, el parto y las decisiones necesarias, considerando lengua, significados culturales y experiencias previas. En atención materna, una comunicación deficiente no solo afecta satisfacción: incrementa riesgo clínico al dificultar la identificación de síntomas, la adherencia a indicaciones y la ejecución de procedimientos con cooperación. Por ello, la comunicación intercultural es un componente de seguridad.

El consentimiento informado, dentro de este marco, no consiste en una firma, sino en una decisión libre basada en información clara, suficiente y comprensible. Implica explicar qué se hará, por qué,

cuáles son beneficios y riesgos, y qué alternativas existen, incluyendo la opción de no intervenir cuando es clínicamente razonable. En parto, el consentimiento suele ocurrir en condiciones de dolor y estrés, por lo que el equipo debe ajustar el lenguaje, verificar comprensión y evitar presión o coerción. Una barrera frecuente es la diferencia de lenguas o registros comunicativos. Aun cuando la mujer hable español, puede usar categorías distintas para describir síntomas (“frío en el vientre”, “debilidad”, “susto”), y el personal puede interpretarlas como irrelevantes.

La comunicación intercultural requiere traducir significados: preguntar qué entiende la mujer por esa expresión, explorar síntomas asociados y conectar con signos clínicos. Esta estrategia mejora anamnesis y evita perder señales de alarma por incomprensión cultural. La verificación de comprensión es esencial. No basta con explicar; es necesario confirmar que la mujer entendió. Una técnica útil es pedir que la usuaria repita con sus palabras la indicación o la decisión tomada. Esto permite corregir malentendidos sin culpabilizar. En contextos de baja alfabetización o estrés, la explicación debe apoyarse en ejemplos simples, imágenes o demostraciones breves. La claridad es un requisito ético y clínico, no una cortesía.

La presencia de intérpretes o mediadores culturales es un componente operativo clave cuando existe barrera lingüística. El intérprete facilita no solo traducción literal, sino transmisión fiel de intenciones y emociones. Debe evitarse el uso de niños o familiares para traducir decisiones críticas, porque se distorsiona información y se vulnera privacidad. El mediador cultural, además, puede orientar al equipo sobre normas de pudor, formas de trato y prácticas compatibles, reduciendo fricciones y previniendo experiencias de humillación.

El consentimiento informado en parto incluye decisiones frecuentes: tactos vaginales, monitoreo fetal, ruptura artificial de membranas, inducción, uso de oxitocina, analgesia, episiotomía y cesárea. En modelos interculturales, estas decisiones deben explicarse sin tecnicismos y con respeto a preferencias. Si una intervención es necesaria, el equipo debe explicar el riesgo de no hacerla y el beneficio esperado, manteniendo un lenguaje no amenazante. La urgencia no justifica el maltrato; exige mayor claridad y calma.

También es importante reconocer la dimensión de poder. Muchas mujeres asienten por miedo, vergüenza o por creer que no pueden opinar. La comunicación intercultural debe crear un ambiente seguro para preguntar y disentir. Presentarse, llamar por el nombre, pedir permiso antes de tocar, explicar cada paso y permitir pausas breves para preguntas reduce la asimetría. Estas conductas fortalecen autonomía y disminuyen la percepción de violencia obstétrica, especialmente en poblaciones históricamente discriminadas. La comunicación intercultural debe involucrar al acompañante elegido sin reemplazar la voz de la mujer. En algunos contextos, la familia o la partera tradicional cumplen roles importantes de apoyo y traducción cultural. Sin embargo, el

consentimiento siempre debe centrarse en la mujer, evitando que otros decidan por ella. El equipo debe equilibrar respeto a la organización familiar con protección de autonomía, particularmente en situaciones de presión, conflicto o violencia basada en género.

2.9. Rol de la partera tradicional en modelos interculturales: funciones y límites

En los modelos de atención intercultural, la partera tradicional puede desempeñar un rol estratégico para mejorar acceso, continuidad del cuidado y experiencia del parto, especialmente en territorios donde el sistema formal es distante o



percibido como poco confiable. Su aporte no se limita al acompañamiento: incluye lectura comunitaria del riesgo, mediación cultural, contención emocional y activación de redes familiares. Integrarla de manera ordenada permite reducir demoras y fortalecer el puente entre comunidad y servicios, con impacto directo en seguridad materna.

Las funciones de la partera en un modelo intercultural suelen organizarse en tres momentos. En el prenatal, orienta autocuidado, promueve controles, traduce información sanitaria y ayuda a construir un plan de emergencia obstétrica. En el intraparto, brinda acompañamiento continuo, facilita posiciones, respiración, masajes y soporte emocional. En el puerperio, apoya lactancia, vigilancia comunitaria y referencia ante signos de alarma. Estas funciones son especialmente valiosas donde hay barreras lingüísticas o temor al servicio institucional.

Un aporte clave es la mediación cultural y comunicacional. La partera puede traducir categorías comunitarias a términos comprensibles para el equipo clínico y, a la vez, traducir decisiones clínicas a códigos culturales de la mujer y su familia. Esto disminuye conflictos y reduce la resistencia a procedimientos médicos necesarios. Además, la presencia de la partera puede disminuir la ansiedad, fortalecer la sensación de control y facilitar la cooperación clínica, especialmente en mujeres que sienten vulnerabilidad frente al personal médico institucional.

La partera también cumple un rol preventivo al ayudar a reconocer señales de alarma y activar la derivación oportuna. En territorios con demoras estructurales, la decisión temprana de trasladarse puede ser determinante. Un modelo intercultural efectivo no espera a que la complicación sea evidente; promueve criterios compartidos para derivar antes de la descompensación. En este punto, el rol de la partera es reducir la primera demora: decidir buscar ayuda, movilizando apoyo familiar y recursos de transporte. Sin embargo, la integración requiere delimitar límites para proteger seguridad clínica y evitar conflictos de responsabilidad. La partera tradicional no debe asumir funciones que demanden capacidad médica o infraestructura hospitalaria, como administrar

fármacos de alto riesgo, realizar procedimientos invasivos o intervenir en emergencias quirúrgicas. Tampoco debe reemplazar el monitoreo clínico cuando el caso lo exige. Su rol es complementario: acompañar, traducir, apoyar y activar referencia, no sustituir al equipo clínico. Otro límite relevante es el respeto de normas de higiene y control de infección. En sala de partos, la presencia de la partera debe ajustarse a protocolos: lavado de manos, uso de indumentaria cuando corresponda y restricción de prácticas incompatibles con asepsia. La adecuación cultural no puede comprometer la seguridad. La implementación exitosa requiere que el establecimiento defina reglas claras y que la partera participe desde un marco de colaboración, no de competencia con el personal.

La definición de roles también protege la autonomía de la mujer. En algunos contextos, la partera tiene alta autoridad simbólica, lo que puede influir en decisiones. Un modelo intercultural debe asegurar que el consentimiento informado se centre en la mujer y que la partera actúe como apoyo, no como sustituto de la voluntad. La articulación debe evitar presiones culturales o familiares que limiten decisiones sobre procedimientos o lugar de parto. La interculturalidad exige equilibrio entre respeto cultural y derechos individuales.

Para que el rol de la partera sea sostenible, se requiere reconocimiento institucional y mecanismos de coordinación. Esto incluye canales de comunicación con atención primaria y sala de partos, acuerdos de referencia/contrarreferencia, y espacios de formación conjunta en señales de alarma y protocolos básicos. La formación no debe buscar “medicalizar” a la partera hasta borrar su identidad, sino fortalecer la seguridad del continuo de cuidado, especialmente en derivación temprana y comunicación efectiva.

2.10. Articulación partera–servicio: derivación, referencia y contrarreferencia

La articulación entre parteras tradicionales y servicios de salud es el componente operativo que convierte la interculturalidad en una estrategia efectiva de reducción de riesgos. Sin mecanismos claros de derivación, referencia y contrarreferencia, la cooperación se queda en declaraciones simbólicas y no impacta en mortalidad o morbilidad. La articulación busca garantizar continuidad del cuidado: que la mujer no “salte” entre sistemas desconectados, sino que transite por un circuito coordinado según su nivel de riesgo y necesidades.

La derivación oportuna depende de criterios compartidos. Esto implica acordar señales de alarma y umbrales de decisión en embarazo, parto y puerperio, traducidos a lenguajes comprensibles para la comunidad y para el equipo clínico. La partera puede reconocer signos mediante categorías tradicionales, pero debe existir un puente hacia acciones concretas: cuándo trasladar, a dónde, con quién contactar y qué información mínima debe acompañar a la mujer. La decisión temprana reduce la primera demora y facilita una atención más segura.

El proceso de referencia debe incluir comunicación estructurada. Idealmente, la partera informa al establecimiento antes del traslado y transmite datos clave: edad gestacional, antecedentes relevantes, señales observadas, tiempo de evolución y acciones realizadas. Un “resumen comunitario” simple puede disminuir tiempo de triage y mejorar respuesta clínica. Para que esto funcione, el servicio debe reconocer la referencia como aporte, no como “interferencia”, evitando culpabilización o rechazo. El respeto institucional es indispensable para sostener el flujo.

La contrarreferencia es el elemento frecuentemente ausente y, sin embargo, es crucial para continuidad. Una vez atendida la emergencia o culminado el parto, la mujer regresa a su entorno y requiere seguimiento del puerperio, lactancia, salud mental y cuidados del recién nacido. La contrarreferencia consiste en devolver información clara a la partera o al primer nivel comunitario: diagnóstico, tratamientos, señales de alarma, fecha de control y recomendaciones. Sin contrarreferencia, se pierde trazabilidad y se repiten riesgos por falta de seguimiento.

La articulación debe contemplar el rol del acompañamiento. Permitir que la partera tradicional acompañe el traslado o esté presente como apoyo en el establecimiento puede mejorar comunicación y disminuir ansiedad. No obstante, debe definirse su rol: apoyo emocional y mediación cultural, sin sustituir decisiones clínicas ni interferir en protocolos. La institución debe establecer normas de ingreso, higiene y límites, mientras garantiza que la presencia de la partera sea viable y no dependa de “tolerancia” individual del personal de turno.

Un problema común es la ruptura por experiencias negativas en el servicio: regaños por “haber esperado”, comentarios discriminatorios o trato humillante hacia la partera o la usuaria. Estas experiencias destruyen confianza y bloquean futuras referencias. Por ello, la articulación requiere acuerdos institucionales de no sanción y de enfoque de aprendizaje: analizar demoras como fallas del sistema completo, no como culpa personal. El objetivo es mejorar rutas, transporte y comunicación, no castigar a quien refiere.

Desde salud pública, la articulación requiere soporte estructural: transporte para emergencias, puntos de comunicación (teléfono, radios comunitarias), y un establecimiento de referencia identificado previamente. La planificación debe hacerse antes del parto: elaborar un plan de emergencia con la familia, estimar costos, definir rutas y horarios críticos. La partera puede liderar esta planificación, pero el sistema debe respaldarla con recursos y disponibilidad real. Sin transporte y respuesta, la derivación se vuelve teórica.

La estandarización mínima facilita coordinación sin borrar la diversidad cultural. Protocolos simples de referencia, formatos breves de registro y capacitaciones conjuntas en señales de alarma generan un lenguaje compartido. La clave es que estos instrumentos sean prácticos, no burocráticos, y que respeten el contexto comunitario. La articulación también puede fortalecerse

con reuniones periódicas entre parteras y equipos de salud para revisar casos, ajustar rutas y construir confianza interpersonal.

2.11. Modelos de co-atención y acompañamiento comunitario del parto



Primer laboratorio de parto intercultural del Ecuador

Los modelos de co-atención y acompañamiento comunitario del parto son esquemas organizativos en los que el sistema de salud y actores comunitarios —especialmente parteras tradicionales, mediadores culturales y redes familiares— participan de manera coordinada en el continuo prenatal–parto–puerperio. Su objetivo es combinar pertinencia cultural y soporte emocional con seguridad clínica y capacidad resolutoria. La co-atención no significa “doble mando”, sino roles complementarios y acuerdos operativos que reduzcan demoras y mejoren experiencia. En estos modelos, esto suele iniciar en el nivel comunitario. La partera acompaña el embarazo, promueve controles prenatales, identifica señales de alarma y construye con la familia un plan de emergencia obstétrica. Cuando el parto se aproxima, se define de antemano el lugar de nacimiento según riesgo y accesibilidad. En embarazos de bajo riesgo, algunas experiencias permiten parto en casa con referencia rápida; en otras, se promueve parto institucional con acompañamiento comunitario constante.

Durante el parto institucional, el acompañamiento comunitario se expresa en la presencia de una persona elegida y, cuando está acordado, de la partera tradicional como soporte. Sus funciones típicas son: contención emocional, apoyo en respiración y posiciones, mediación cultural y ayuda para que la mujer exprese preferencias. El equipo clínico mantiene la responsabilidad del

monitoreo, la toma de decisiones terapéuticas y la respuesta ante emergencias. La co-atención se vuelve viable cuando el servicio reconoce al acompañante como aliado y no como amenaza. La ventaja sanitaria de estos modelos es que fortalecen la confianza y disminuyen la resistencia a la atención institucional. Muchas mujeres evitan el hospital por temor a perder autonomía, ser humilladas o quedar solas. Cuando el modelo garantiza acompañamiento, privacidad y comunicación comprensible, aumenta el ingreso oportuno y se reduce la primera demora. Además, la presencia de mediación cultural puede prevenir conflictos durante procedimientos necesarios, porque se explican decisiones en códigos que la mujer entiende y acepta.

Otro componente frecuente es la “co-atención escalonada”. En este enfoque, el cuidado se inicia en comunidad, se continúa en el primer nivel de atención (centro de salud) y se escala al hospital cuando existen criterios de riesgo. La escalera funciona si hay referencia y contrarreferencia efectivas y si la mujer no se siente expulsada del sistema comunitario al ingresar al hospital. Tras el parto, el seguimiento vuelve al territorio, con apoyo de partera o agentes comunitarios para puerperio, lactancia y vigilancia de signos de alarma.

La implementación exige delimitar límites y responsabilidades para evitar confusión. Debe definirse qué prácticas comunitarias son permitidas, cuáles requieren supervisión y cuáles son incompatibles con seguridad e higiene. También debe establecerse quién comunica decisiones clínicas, cómo se maneja el consentimiento informado y cómo se resuelven desacuerdos. La mujer debe permanecer como centro de decisión. El acompañamiento no puede sustituir su voluntad ni presionarla culturalmente; su rol es apoyar y fortalecer autonomía. Existen riesgos si la co-atención se implementa sin soporte institucional. La presencia de parteras en establecimientos sin protocolos puede generar tensiones con el personal, duplicación de indicaciones o conflictos ante emergencias. También puede ocurrir “tokenismo”: se permite la presencia simbólica sin respetar realmente preferencias culturales, lo que aumenta frustración. Por ello, se requieren acuerdos formales, capacitación conjunta y liderazgo institucional que proteja el modelo frente a cambios de turno o resistencias individuales.

Además, debe incluir evaluación. Indicadores relevantes son: aumento de controles prenatales, ingreso oportuno al parto institucional, disminución de quejas por maltrato, satisfacción usuaria, reducción de demoras y resultados clínicos como morbilidad materna severa. También es útil medir continuidad posparto: controles puerperales cumplidos, lactancia, y atención de salud mental. Si el modelo solo mejora “experiencia” pero no reduce demoras o complicaciones, requiere ajustes operativos.

2.12. Experiencias comparadas en América Latina: tipologías y evidencia disponible En América Latina, la atención intercultural del parto se ha desarrollado como respuesta a brechas

históricas en mortalidad materna, acceso desigual y experiencias de maltrato o discriminación en servicios. Aunque los contextos varían, existe un patrón común: los modelos interculturales emergen cuando el sistema reconoce que la pertinencia cultural no compite con la seguridad clínica, sino que puede mejorar el uso oportuno de los servicios y la continuidad del cuidado.

Una primera tipología son los modelos de adecuación cultural intrahospitalaria. Estos priorizan cambios en el entorno y en la experiencia usuaria: privacidad, acompañamiento, intérpretes, libertad de movimiento y habilitación de posiciones verticales. En algunos casos se incorporan espacios específicos para parto intercultural o “salas de parto humanizado”. La evidencia disponible suele reportar mejoras en satisfacción, mayor confianza comunitaria y mayor disposición a acudir al establecimiento, especialmente cuando las adecuaciones se sostienen institucionalmente.

Una segunda tipología corresponde a los modelos de articulación con parteras tradicionales. Aquí el foco no es solo la sala de partos, sino el continuo prenatal–parto–puerperio. Se implementan mecanismos de referencia y contrarreferencia, capacitaciones conjuntas en señales de alarma y canales de comunicación para derivación temprana. La evidencia comparada indica que estos modelos son especialmente útiles en territorios rurales: reducen la primera demora (decidir buscar ayuda) y mejoran el ingreso oportuno al servicio, siempre que el establecimiento responda con trato respetuoso.

Una tercera tipología se centra en la mediación cultural y lingüística. En regiones multilingües, se han utilizado mediadores culturales que traducen idioma y significados, y que acompañan procesos críticos como consentimiento informado y manejo del dolor. La evidencia suele mostrar reducción de conflictos, mayor comprensión de procedimientos y menor percepción de humillación. Sin embargo, el impacto depende de disponibilidad real y de que el mediador tenga reconocimiento dentro del equipo clínico, evitando que su rol sea marginal o simbólico. Una cuarta tipología son los modelos de co-atención o acompañamiento comunitario en establecimientos, donde la partera tradicional o acompañantes designados participan durante el parto institucional como soporte emocional y cultural. Estos modelos buscan que la mujer no experimente el ingreso al hospital como ruptura de su mundo. La evidencia reporta que la presencia de acompañamiento continuo se asocia con mejor experiencia y, en algunos casos, menor uso de intervenciones no justificadas, aunque los resultados varían según recursos y normas internas del servicio.

En cuanto a “evidencia disponible”, es importante precisar sus límites. Muchos reportes en la región son evaluaciones de implementación con diseños observacionales, informes institucionales o estudios cualitativos sobre experiencia usuaria. Esto no invalida sus hallazgos, pero obliga a interpretar con rigor: mejoras en satisfacción y confianza son consistentes, mientras que efectos

duros en mortalidad o morbilidad severa son más difíciles de atribuir exclusivamente al componente intercultural porque dependen de transporte, capacidad resolutive y calidad clínica.

Aun así, la experiencia comparada muestra convergencias claras sobre factores de éxito. Primero, gobernanza institucional: si el modelo depende de personas puntuales, se debilita con cambios de turno. Segundo, capacitación continua en derechos, comunicación intercultural y manejo del riesgo. Tercero, infraestructura mínima para privacidad y acompañamiento. Cuarto, mecanismos operativos de referencia/contrarreferencia con atención primaria y actores comunitarios. Y quinto, monitoreo de trato y experiencia usuaria como indicador de calidad, junto con indicadores clínicos.

2.13. Factores críticos de éxito: liderazgo, recursos, formación y gobernanza

La implementación de un modelo intercultural del parto depende menos de la “buena intención” y más de factores críticos de éxito que aseguran continuidad, coherencia y capacidad operativa. En América Latina, muchas iniciativas muestran resultados iniciales positivos, pero se debilitan cuando cambia el personal, no hay presupuesto o los acuerdos con comunidad quedan informales. Por ello, identificar factores críticos permite pasar de proyectos piloto a modelos sostenibles en el tiempo.

El liderazgo es el primer factor. Se requiere liderazgo clínico y directivo que legitime el enfoque intercultural como política de calidad, no como actividad opcional. Cuando el liderazgo respalda el parto respetado, la mediación cultural y el acompañamiento, reduce resistencias internas y protege al equipo frente a presiones burocráticas. Un liderazgo efectivo define prioridades, asigna roles, resuelve conflictos y asegura que el enfoque intercultural se aplique en todos los turnos, no solo cuando hay personal sensibilizado.

El segundo factor son los recursos, entendidos como infraestructura, insumos y tiempo de atención. La interculturalidad exige privacidad real, posibilidad de acompañamiento, elementos para posiciones diversas y, en territorios multilingües, mediación lingüística. Si el servicio está saturado, sin personal suficiente y sin espacios adecuados, aumenta el riesgo de trato autoritario y se erosiona la seguridad cultural. Los recursos también incluyen transporte y coordinación territorial, porque el modelo falla si la derivación oportuna no es posible.

La formación del personal es el tercer factor crítico. No basta con un taller aislado; se requiere capacitación continua y evaluable en comunicación clínica intercultural, consentimiento informado, prevención de violencia obstétrica y gestión del riesgo. La formación debe incluir prácticas: simulación de escenarios, análisis de casos y retroalimentación de usuarias. Además, debe contemplar el trabajo con mediadores y con parteras tradicionales, delimitando roles y fortaleciendo habilidades de coordinación sin estigmatización.

El cuarto factor es la gobernanza, que convierte el enfoque en sistema. Gobernanza implica normas internas, protocolos, mecanismos de supervisión y rendición de cuentas. Un modelo intercultural

necesita reglas claras sobre acompañamiento, privacidad, uso de intérpretes, posiciones de parto seguras, y criterios de restricción cuando existe riesgo. También requiere canales para quejas y auditoría de eventos de maltrato. Sin gobernanza, la interculturalidad queda expuesta a arbitrariedad y pierde legitimidad comunitaria.

Un componente transversal de la gobernanza es la articulación con actores comunitarios. Los acuerdos con parteras tradicionales deben ser formales y operativos: criterios compartidos de derivación, comunicación previa al traslado, y contrarreferencia posparto para seguimiento en territorio. La gobernanza debe evitar el enfoque punitivo; analizar demoras como fallas del sistema completo y no como culpa de la partera fortalece la referencia temprana. La confianza interinstitucional es parte del capital del modelo.

Finalmente, estos factores se refuerzan mutuamente. El liderazgo consigue recursos y protege la agenda intercultural; los recursos permiten aplicar estándares de privacidad y acompañamiento; la formación reduce errores, discriminación y violencia obstétrica; y la gobernanza sostiene la práctica con protocolos y monitoreo. Cuando uno falla, el modelo se vuelve frágil: sin liderazgo se dispersa, sin recursos se precariza, sin formación se distorsiona, y sin gobernanza se vuelve dependiente de personas.

2.14. Gestión del riesgo en atención intercultural: protocolos sin pérdida de pertinencia

La gestión del riesgo en atención intercultural del parto busca un equilibrio técnico: mantener protocolos clínicos que previenen morbilidad y mortalidad, sin perder pertinencia cultural ni generar experiencias de imposición. El riesgo obstétrico no se “negocia”, pero la forma de gestionarlo sí puede adaptarse: comunicar mejor, permitir prácticas compatibles y construir decisiones compartidas. Cuando se aplica este enfoque, se reduce la demora, aumenta la confianza y mejora la seguridad materna y neonatal. El primer componente es un triage intercultural eficaz. Esto implica traducir narrativas comunitarias a signos clínicos sin invalidarlas. Expresiones como “se me fue la fuerza”, “frío por dentro”, “me agarró el susto” o “la sangre está rara” deben explorarse con preguntas dirigidas para identificar sangrado, fiebre, cefalea severa, dolor intenso, disminución de movimientos fetales o ruptura de membranas. El objetivo es detectar alarmas temprano y explicar la urgencia en lenguaje comprensible.

El segundo componente es definir protocolos de riesgo con flexibilidad operacional. En embarazos de bajo riesgo, se puede permitir movilidad, acompañamiento, posiciones verticales y monitoreo intermitente, manteniendo vigilancia. En casos de riesgo o deterioro, se requiere intensificar monitoreo y restringir ciertas prácticas, pero con comunicación clara: explicar por qué se limita una posición o por qué se indica un procedimiento. La pertinencia se sostiene cuando la mujer comprende la razón y se le ofrecen alternativas seguras. Un tercer componente es el consentimiento

informado en escenarios críticos. En emergencia, la explicación debe ser breve, directa y centrada en lo esencial: qué se hará y por qué es necesario. Pedir permiso antes de tocar, informar cada paso y mantener privacidad, aun cuando el tiempo sea limitado, reduce la percepción de violencia obstétrica. Si existe mediador cultural o acompañante, puede ayudar a calmar y a reforzar comprensión, sin sustituir la voz de la mujer ni interferir en la intervención.

La gestión del riesgo intercultural también exige criterios compartidos de derivación con parteras tradicionales y atención primaria. La estrategia más efectiva es reducir la primera demora: decidir buscar ayuda antes de la descompensación. Para ello se acuerdan señales de alarma y rutas de traslado, con comunicación previa al establecimiento y con contrarreferencia posterior. La pertinencia se preserva cuando la derivación se entiende como continuidad del cuidado y no como fracaso cultural.

Otro componente esencial es la prevención de daños por intervenciones innecesarias. La gestión del riesgo no equivale a medicalizar por rutina. Protocolos basados en evidencia ayudan a distinguir intervención necesaria de práctica defensiva. En modelos interculturales, la transparencia es clave: explicar criterios para inducción, oxitocina, tactos, ruptura artificial de membranas o cesárea reduce sospecha y resistencia. Esto mejora cooperación y evita conflictos que, en situaciones críticas, consumen tiempo valioso.

La vigilancia del riesgo incluye el puerperio, donde se concentran eventos graves como hemorragia e infección. Un modelo intercultural debe asegurar educación clara sobre signos de alarma, plan de control puerperal y contrarreferencia al territorio. Muchas mujeres regresan rápido a contextos con barreras; por ello, el sistema debe coordinar seguimiento con primer nivel y redes comunitarias. La pertinencia cultural se expresa en cómo se enseña: lenguaje simple, ejemplos, y respeto a prácticas de cuidado compatibles.

Finalmente, la gestión del riesgo sin pérdida de pertinencia requiere gobernanza y monitoreo. Deben existir protocolos escritos, capacitación continua y auditorías de eventos críticos que incluyan dimensión cultural: demoras por miedo, fallas de comunicación, barreras lingüísticas o maltrato. Corregir estas fallas mejora tanto resultados clínicos como seguridad cultural. En síntesis, la gestión del riesgo intercultural integra triage sensible, protocolos flexibles, comunicación clara, derivación temprana y seguimiento posparto, logrando que la seguridad clínica se ejerza con dignidad y pertinencia.

2.15. Indicadores de calidad intercultural: resultados, experiencia usuaria y confianza

Los indicadores de calidad intercultural permiten verificar si la atención del parto integra, de manera real, seguridad clínica y pertinencia cultural. Sin medición, la interculturalidad puede quedarse en acciones simbólicas sin impacto en acceso, continuidad del cuidado o reducción de riesgos. En

salud materna, medir calidad intercultural implica observar tres dimensiones complementarias: resultados sanitarios, experiencia usuaria y confianza. Juntas muestran si el modelo funciona para la población y si es sostenible. Los resultados sanitarios incluyen indicadores clásicos que reflejan seguridad clínica. Se monitorean complicaciones maternas graves (hemorragia, sepsis, trastornos hipertensivos severos), necesidad de intervenciones urgentes, y desenlaces neonatales relevantes como reanimación, ingreso a cuidados especiales y morbilidad neonatal. También se analizan tiempos de atención: demora en triage, oportunidad del manejo y tiempos de traslado en casos derivados. Estos indicadores deben interpretarse con contexto territorial, porque dependen de transporte y capacidad resolutive.

En calidad intercultural también importa la continuidad del cuidado. Por ello, se consideran indicadores como cobertura y oportunidad de control prenatal, porcentaje de mujeres con plan de parto, y cumplimiento de control puerperal. Un modelo intercultural efectivo debería aumentar la asistencia temprana a controles y reducir el ingreso tardío al parto institucional, porque mejora confianza y disminuye barreras. La contrarreferencia al primer nivel o a redes comunitarias es un indicador crítico: sin contrarreferencia, se rompe seguimiento y se incrementan riesgos posparto.

La experiencia usuaria mide cómo se vivió la atención y si se respetaron derechos. Indicadores frecuentes incluyen trato respetuoso, privacidad, participación en decisiones, claridad de la información, percepción de discriminación y presencia efectiva de acompañante. También se evalúa el manejo del dolor: si se ofrecieron opciones, si se respetaron preferencias y si se brindó apoyo emocional. Estos indicadores deben recogerse con instrumentos breves y seguros, porque la subnotificación es común cuando las mujeres temen represalias. Un punto clave de experiencia usuaria es el consentimiento informado. Se puede medir como: porcentaje de procedimientos con explicación documentada, comprensión reportada por la usuaria, y oportunidad de preguntas. En contextos multilingües, se deben incluir indicadores de mediación lingüística: disponibilidad de intérprete, uso efectivo en decisiones críticas y satisfacción con la comunicación. La calidad intercultural cae cuando la mujer firma sin entender o cuando el equipo asume comprensión sin verificarla.

La confianza es un indicador transversal y predictivo del uso futuro del servicio. Se expresa en la disposición a regresar, recomendar el establecimiento, y consultar tempranamente ante señales de alarma. La confianza puede medirse con preguntas simples posparto (“¿volvería a atenderse aquí?”), pero también con indicadores indirectos: incremento de controles prenatales, reducción de partos no planificados sin atención y aumento de referencias comunitarias. En modelos con parteras, la confianza se evidencia cuando la referencia es fluida y sin temor a maltrato.

La confianza también depende de la seguridad cultural: ausencia de humillación, respeto a identidad y trato no discriminatorio. Por ello, la medición debe incluir eventos de violencia obstétrica o maltrato: quejas, reportes, auditorías internas y análisis de relatos cualitativos. No basta con “cero quejas” si el sistema no ofrece canales seguros para reportar. La calidad intercultural requiere mecanismos de escucha y respuesta: quejas atendidas, cambios implementados y devolución de resultados a la comunidad.

Para integrar las tres dimensiones, se recomienda usar un tablero de indicadores con periodicidad definida y responsables claros. Los datos deben desagregarse por territorio, lengua, edad y condición de vulnerabilidad, porque las brechas interculturales suelen ocultarse en promedios. Además, se deben combinar métricas cuantitativas con evidencia cualitativa: entrevistas breves, grupos focales o narrativas posparto, que capturan experiencias de discriminación o incomprensión que no aparecen en registros clínicos.

2.16. Propuesta de modelo integrador adaptable a territorios: lineamientos mínimos

Un modelo integrador de atención intercultural del parto debe ser adaptable a territorios con realidades distintas —rural disperso, periurbano, multilingüe, con o sin parteras activas— sin perder estándares clínicos. Por ello, la propuesta se formula como un conjunto de lineamientos mínimos, no como un diseño único. El criterio rector es asegurar un continuo de cuidado prenatal–parto–puerperio con pertinencia cultural, gestión del riesgo y mecanismos de coordinación que reduzcan demoras. El primer lineamiento es el enfoque de derechos y parto respetado como norma operativa. Deben garantizarse privacidad, acompañamiento elegido, comunicación comprensible y consentimiento informado. Estos elementos no se negocian por territorio; se adaptan en su implementación. Incluso en servicios con limitaciones, se pueden establecer reglas de trato, control de acceso a sala, cobertura adecuada y explicación obligatoria de procedimientos. Sin este estándar, la interculturalidad pierde legitimidad y se convierte en barrera.

El segundo lineamiento es un triage intercultural con traducción de narrativas comunitarias a signos clínicos. El servicio debe disponer de preguntas guía y criterios de alarma para reconocer rápidamente hemorragia, hipertensión severa, infección, parto obstruido y sufrimiento fetal, considerando cómo se expresan culturalmente. En territorios multilingües, esto exige mediación lingüística. En territorios sin intérpretes, se requiere al menos material visual y capacitación del equipo para verificar comprensión.

El tercer lineamiento es una matriz de riesgo y ruta de atención por niveles. En bajo riesgo, se promueve movilidad, posiciones seguras, acompañamiento continuo y monitoreo acorde. En riesgo moderado o alto, se activan protocolos de vigilancia y se definen restricciones justificadas, siempre explicadas. La ruta debe incluir criterios de referencia a establecimientos de mayor

capacidad resolutive y mecanismos de retorno (contrarreferencia) al primer nivel para seguimiento puerperal. El cuarto lineamiento es la articulación formal con actores comunitarios, especialmente parteras tradicionales cuando existan. Se establecen acuerdos de roles: acompañamiento y detección temprana por parte de la partera, y responsabilidad clínica por parte del servicio. Se definen canales de comunicación para referencia previa, formatos breves de información y un protocolo de no culpabilización. En territorios donde no haya parteras, la articulación se realiza con agentes comunitarios, líderes locales o promotores de salud.

El quinto lineamiento es asegurar mediación cultural y lingüística proporcional al contexto. El estándar mínimo es contar con un mecanismo funcional para traducir idioma y significados en decisiones críticas: intérpretes, mediadores, o redes de facilitadores capacitados. Debe evitarse usar menores como traductores. La mediación también abarca traducción cultural: normas de pudor, preferencias de privacidad y prácticas compatibles, para reducir fricción y mejorar cooperación clínica.

El sexto lineamiento es una infraestructura mínima de adecuación cultural. Incluye espacios con privacidad, posibilidad de ingreso de acompañante, elementos para cambios posturales y un entorno que permita movilidad. No requiere alta tecnología, pero sí organización: control de acceso, orden del flujo y disponibilidad de insumos básicos. Donde la infraestructura es limitada, se implementan soluciones de bajo costo (biombos, cortinas, señalética, sillas de apoyo), con protocolos para sostener higiene.

El séptimo lineamiento es un sistema de seguimiento puerperal territorializado. El modelo debe asegurar educación sobre signos de alarma, control posparto programado y coordinación con primer nivel. La contrarreferencia es obligatoria: diagnóstico, tratamiento, recomendaciones y fecha de control deben comunicarse de forma comprensible. En territorios con barreras de acceso, se consideran visitas comunitarias o seguimiento telefónico básico. El puerperio es un punto crítico de riesgo y no puede quedar fuera del modelo.

El octavo lineamiento es el monitoreo de calidad intercultural con indicadores mínimos: resultados sanitarios, experiencia usuaria y confianza. Se debe medir trato, privacidad, comprensión de información, uso de mediación, oportunidad de atención y continuidad prenatal/puerperal. Los datos deben desagregarse por territorio y lengua. Además, se establecen canales de quejas seguros y auditorías internas de eventos de maltrato. Sin medición, el modelo no mejora ni se sostiene.

CAPÍTULO 3.

Promoción de la Salud Materna desde Saberes Tradicionales

Promoción de la salud materna desde saberes tradicionales

Introducción

La promoción de la salud materna desde saberes tradicionales se entiende como el conjunto de prácticas, recomendaciones, redes de apoyo y significados culturales que las comunidades movilizan para proteger el embarazo, el parto y el puerperio. No se limita a “remedios” o rituales aislados; constituye un sistema preventivo y de cuidado cotidiano que influye en decisiones, adherencia y búsqueda de atención. En salud pública, reconocer este sistema permite diseñar estrategias más efectivas y aceptadas.

En muchos territorios, la promoción de salud no empieza en el centro de salud, sino en el hogar y la comunidad. Allí se establecen pautas de alimentación, descanso, trabajo, manejo emocional y acompañamiento, además de prácticas corporales y espirituales. Estas acciones se sostienen en valores como la protección de la vida, el resguardo de la madre y la corresponsabilidad familiar. El cuidado no es individual: es social, y esa característica puede convertirse en ventaja para la prevención.

Este capítulo aborda la promoción de la salud materna desde un enfoque intercultural, es decir, reconociendo que los saberes tradicionales pueden coexistir con acciones biomédicas, siempre que se establezcan límites de seguridad y rutas claras de derivación. La clave no es “validar todo” ni “rechazar todo”, sino identificar qué prácticas aportan bienestar y adherencia, cuáles son neutras y cuáles representan riesgos. La promoción intercultural se fortalece cuando distingue con rigor y comunica sin estigmatizar.

Un elemento central es el rol de la partera tradicional y de otras figuras comunitarias como educadoras de salud. A través de su presencia continua, estas actoras enseñan señales de alarma, acompañan emocionalmente y refuerzan hábitos protectores. La evidencia comparada muestra que la confianza es un determinante del uso oportuno de servicios; por ello, la promoción que se apoya en liderazgos comunitarios puede reducir demoras, mejorar continuidad prenatal y facilitar seguimiento puerperal en territorios con barreras estructurales. La promoción de salud materna desde saberes tradicionales incluye dimensiones que el sistema formal a veces subestima, como la espiritualidad, el sentido del nacimiento y el valor del acompañamiento continuo. Estas dimensiones impactan la salud mental perinatal: reducen miedo, fortalecen agencia y disminuyen aislamiento. Sin embargo, el capítulo también enfatiza que la promoción efectiva debe incorporar información clara sobre riesgos críticos: hemorragia, hipertensión severa, infección y signos de sufrimiento fetal, evitando que la normalización cultural retrase la consulta.

3.1. Promoción de la salud materna: enfoques, alcances y niveles de intervención

La promoción de la salud materna comprende acciones orientadas a fortalecer capacidades individuales, familiares, comunitarias e institucionales para sostener embarazos y puerperios seguros, prevenir complicaciones y garantizar bienestar integral. A diferencia de un enfoque centrado solo en tratamiento, la promoción actúa antes del evento crítico: modifica condiciones, hábitos y decisiones que determinan riesgo. En contextos interculturales, la promoción debe ser culturalmente pertinente y clínicamente segura, articulando saberes tradicionales con evidencia sanitaria.

Existen tres enfoques complementarios. El enfoque biomédico-preventivo prioriza control prenatal, detección temprana de riesgos, vacunación, suplementación, planificación del parto y educación sobre signos de alarma. El enfoque socioecológico entiende que la salud materna depende de determinantes sociales como pobreza, violencia, territorio, trabajo y redes de apoyo. El enfoque intercultural incorpora significados culturales del embarazo, prácticas tradicionales y mediación comunitaria para mejorar acceso, adherencia y confianza, sin normalizar prácticas peligrosas.

El alcance de la promoción incluye dimensiones físicas, mentales y sociales. En lo físico, se orienta a nutrición adecuada, prevención de anemia, control de infecciones, salud sexual y reproductiva, y reducción de exposición a riesgos laborales o ambientales. En lo mental, se enfoca en manejo de estrés, prevención de depresión perinatal y fortalecimiento del apoyo emocional. En lo social, busca proteger autonomía, reducir violencia basada en género y asegurar condiciones de cuidado en el hogar, porque la carga doméstica y el aislamiento influyen en resultados.

Los niveles de intervención se organizan en un continuo. En el nivel individual, se trabaja con la mujer en conocimientos y habilidades: autocuidado, señales de alarma, adherencia a controles, plan de parto y toma de decisiones informadas. Aquí, la comunicación clara es crítica; la información debe ser comprensible y contextualizada. En el nivel familiar, se interviene sobre corresponsabilidad: apoyo en transporte, alimentación, descanso, reducción de cargas físicas y acompañamiento en controles y parto. La familia puede ser factor protector o barrera, según dinámicas de poder.

En el nivel comunitario, la promoción se apoya en redes y liderazgos locales: parteras tradicionales, promotores de salud, líderes comunitarios y grupos de mujeres. Este nivel es clave en territorios con barreras de acceso, porque permite vigilancia comunitaria, identificación temprana de riesgo y activación de rutas de derivación. La comunidad también es un espacio de transmisión de normas culturales; por ello, la promoción intercultural debe trabajar con valores existentes para insertar mensajes de seguridad sin confrontación.

En el nivel institucional, la promoción se traduce en servicios accesibles, trato respetuoso y continuidad del cuidado. Un establecimiento que humilla o discrimina anula la promoción porque genera evitación. Por ello, la promoción institucional incluye parto respetado, mediación lingüística, educación prenatal grupal, seguimiento puerperal y articulación con parteras. Además, requiere sistemas de información que permitan identificar poblaciones de riesgo y sostener contrarreferencia al territorio.

En el nivel político y estructural, la promoción implica políticas públicas y protección social: transporte para emergencias obstétricas, cobertura de insumos, reducción de costos indirectos, seguridad territorial y medidas contra violencia obstétrica. Sin estas condiciones, la promoción queda limitada a mensajes individuales que no pueden cumplirse. La promoción efectiva combina educación con mejoras del entorno, porque la salud materna depende de oportunidades reales para actuar.

3.2. Educación materna comunitaria con pertinencia cultural: contenidos y metodologías

La educación materna comunitaria con pertinencia cultural es un proceso formativo que busca fortalecer conocimientos, habilidades y decisiones protectoras durante embarazo, parto y puerperio, utilizando lenguajes, valores y prácticas coherentes con la comunidad. Su finalidad no es reemplazar saberes tradicionales, sino integrarlos como vehículo pedagógico para mejorar seguridad, continuidad del cuidado y reconocimiento temprano de riesgos. En territorios con barreras de acceso, esta educación actúa como primera línea preventiva.

Los contenidos deben organizarse en bloques prácticos. Un primer bloque es autocuidado prenatal: alimentación accesible, hidratación, descanso, reducción de cargas físicas, higiene, salud bucal y prevención de infecciones. Un segundo bloque es salud sexual y reproductiva: planificación familiar, intervalos intergenésicos y derechos en la atención. Un tercer bloque, crítico, son señales de alarma: sangrado, fiebre, dolor intenso, cefalea severa, visión borrosa, hinchazón súbita, pérdida de líquido y disminución marcada de movimientos fetales.

Un cuarto bloque se enfoca en planificación del parto: elección informada del lugar según riesgo, preparación de transporte, contactos, documentos y acompañantes. Este contenido reduce la primera y segunda demora. Un quinto bloque aborda puerperio y recién nacido: sangrado anormal, fiebre, mal olor, dolor intenso, lactancia, hidratación y cuidado del cordón. Finalmente, se incluye salud mental perinatal: identificación de tristeza persistente, ansiedad intensa o aislamiento, y mecanismos comunitarios de apoyo y referencia.

La pertinencia cultural se logra al enseñar desde categorías locales. Por ejemplo, si la comunidad habla de “frío”, “calor”, “susto” o “pérdida de fuerza”, esos conceptos pueden usarse como puente para explicar deshidratación, fiebre, anemia o infección, sin ridiculizar. Lo decisivo es traducir: “si

aparece X (en su lenguaje), esto puede significar Y (en signos clínicos) y se debe hacer Z (acción)". Este enfoque mantiene identidad cultural y mejora comprensión de riesgo. En cuanto a metodologías, se recomiendan estrategias participativas y situadas. Los círculos de diálogo con mujeres, familias y parteras permiten discutir experiencias reales y construir acuerdos. La demostración práctica es clave: mostrar posiciones de descanso, respiración, preparación de una "bolsa de parto", o cómo identificar sangrado peligroso en términos sencillos. Los relatos o historias locales facilitan aprendizaje porque conectan con memoria colectiva y reducen vergüenza al hablar de temas sensibles.

Las metodologías deben incluir recursos de comunicación adaptados: afiches con imágenes, tarjetas de señales de alarma, calendarios de controles y mensajes breves en lengua local. En contextos de baja alfabetización, el soporte visual y la repetición son fundamentales. También es útil incorporar dinámicas de "pregunta-respuesta" y verificación de comprensión: que la participante explique con sus palabras qué haría ante fiebre, sangrado o dolor severo. Esto permite corregir errores sin culpabilizar.

El rol de la partera y liderazgos comunitarios es central como facilitadores. Su presencia incrementa confianza y asistencia, y facilita que los mensajes sanitarios no se perciban como imposición externa. Sin embargo, la educación debe incorporar límites de seguridad: prácticas compatibles pueden reforzarse; prácticas riesgosas deben discutirse con respeto, ofreciendo alternativas seguras y criterios claros de derivación. La coherencia se sostiene cuando el sistema de salud reconoce a la partera y responde con buen trato cuando la comunidad deriva.

También se recomienda incluir a la familia, especialmente a parejas y cuidadoras. Muchas decisiones: transporte, dinero y acompañamiento, dependen del hogar. Talleres breves para familias sobre señales de alarma, plan de emergencia y corresponsabilidad reducen demoras. La educación comunitaria debe abordar además violencia basada en género y control de decisiones, ofreciendo rutas de apoyo. La pertinencia cultural no debe justificar la vulneración de autonomía de la mujer.

3.3. Redes de apoyo y corresponsabilidad familiar durante el embarazo

Las redes de apoyo y la corresponsabilidad familiar son determinantes directos de la salud materna porque influyen en descanso, alimentación, acceso a controles y capacidad de respuesta ante emergencias. En muchos contextos, la mujer gestante no toma decisiones sola: depende de apoyo para transporte, recursos económicos, cuidado de otros hijos y distribución de tareas domésticas. Por ello, la promoción de salud materna debe incluir al hogar como unidad de intervención, no únicamente a la mujer como individuo.

La corresponsabilidad familiar implica que el embarazo sea asumido como responsabilidad compartida. Esto se traduce en acciones concretas: reducir cargas físicas, priorizar tiempo de descanso, asegurar alimentación adecuada y facilitar la asistencia a controles prenatales. En territorios rurales, donde el trabajo agrícola y doméstico es intenso, la reducción de esfuerzos puede prevenir fatiga, dolor musculoesquelético y complicaciones asociadas a sobrecarga. En periurbano, el apoyo puede enfocarse en logística, horarios y seguridad en traslados.

Las redes de apoyo incluyen actores formales e informales. A nivel inmediato están pareja, madre, hermanas y vecinas; a nivel comunitario, parteras tradicionales, promotores de salud y liderazgos locales; y a nivel institucional, el primer nivel de atención y programas sociales. Estas redes cumplen funciones distintas: apoyo emocional, acompañamiento a controles, asistencia económica y vigilancia comunitaria de señales de alarma. La coordinación entre redes aumenta la continuidad del cuidado, especialmente cuando hay barreras de idioma o experiencias previas de discriminación. El apoyo emocional durante el embarazo es un componente de salud mental perinatal. Escucha, validación y acompañamiento reducen ansiedad y miedo al parto, y pueden disminuir aislamiento. En saberes tradicionales, el acompañamiento suele incluir ritualidad, consejos y contención espiritual, lo cual puede fortalecer sentido de seguridad. Sin embargo, la corresponsabilidad debe evitar presiones o control sobre decisiones de la mujer. El apoyo es protector cuando amplía autonomía; se vuelve riesgo cuando la limita o minimiza síntomas.

Una dimensión crítica es el apoyo para el acceso a servicios. La familia puede facilitar transporte, cubrir costos indirectos y organizar el tiempo para que la mujer asista a controles. También puede preparar un plan de emergencia: contactos, ruta al establecimiento, dinero reservado y documentos listos. Este plan reduce la primera y segunda demora ante hemorragia, fiebre, hipertensión severa o parto complicado. En contextos con demoras estructurales, la planificación familiar es un factor de supervivencia.

La corresponsabilidad también involucra educación básica sobre señales de alarma. Cuando la familia reconoce sangrado, fiebre, cefalea severa, visión borrosa, hinchazón súbita o disminución de movimientos fetales como urgencias, aumenta la probabilidad de derivación oportuna. Muchas demoras ocurren porque los síntomas se normalizan o se interpretan como “parte del embarazo”. La educación familiar, realizada por parteras o personal de salud con pertinencia cultural, reduce errores de interpretación y mejora respuesta. Es importante considerar dinámicas de género y poder. En algunos hogares, la pareja controla movilidad, recursos y decisiones sobre lugar de parto. Esto puede limitar controles prenatales o retrasar atención en emergencias. Por ello, la promoción de corresponsabilidad debe incluir mensajes sobre autonomía y derechos, y rutas de apoyo frente a violencia basada en género. La corresponsabilidad no es obediencia a la familia; es distribución

justa de cuidados y protección de la decisión informada de la mujer. Las redes comunitarias pueden funcionar como “sistema de respaldo” cuando la familia es débil o ausente. Vecinas, parteras y líderes pueden apoyar transporte, acompañamiento y vigilancia. Programas institucionales pueden reforzar mediante visitas domiciliarias, seguimiento telefónico o grupos de educación. La clave es que la mujer no quede sola ante el embarazo. El soporte social es un determinante tan relevante como el control clínico, porque afecta continuidad y oportunidad.

3.4. Alimentación tradicional, nutrición materna y prevención de anemia: integración crítica

La alimentación tradicional durante el embarazo cumple funciones biológicas y culturales: sostiene energía, regula prácticas de cuidado y expresa normas comunitarias sobre protección materna. Desde la salud pública, el desafío es integrar esa alimentación como recurso preventivo, especialmente frente a la anemia, sin imponer patrones externos que la comunidad no puede sostener. La integración crítica implica reconocer aportes de la dieta local, identificar riesgos nutricionales y traducir recomendaciones en opciones accesibles y culturalmente aceptadas.

La anemia materna es un problema frecuente en contextos de pobreza, parasitosis, dietas bajas en hierro y embarazos repetidos con intervalos cortos. Sus consecuencias incluyen fatiga, menor tolerancia a hemorragias, riesgo de parto prematuro y afectación del bienestar general. La prevención no depende solo de suplementos, sino de una estrategia combinada: alimentación rica en hierro, vitamina C para mejorar absorción, control de infecciones y adherencia al control prenatal. La dieta tradicional puede ser aliada si se orienta con criterios claros.

La alimentación tradicional suele organizarse por categorías de “caliente/frío” o por restricciones asociadas a embarazo. Estas categorías no deben ridiculizarse; pueden usarse como puente educativo. Por ejemplo, si una comunidad evita ciertos alimentos por considerarlos “fríos”, se puede proponer alternativas “calientes” culturalmente aceptadas que aporten hierro y proteína. La clave es no romper el marco cultural, sino trabajar dentro de él: mantener coherencia simbólica mientras se mejora densidad nutricional y diversidad.

Para prevención de anemia, se prioriza el consumo de fuentes de hierro. Cuando hay acceso, carnes rojas, vísceras y pescado aportan hierro hemo de alta absorción. Sin embargo, en muchos territorios estos alimentos son costosos o no disponibles. Por ello, se promueven fuentes vegetales y locales: leguminosas (lenteja, fréjol), hojas verdes, semillas y granos, combinadas con vitamina C (cítricos, tomate, frutas locales) para mejorar absorción. También se recomienda evitar consumir té o café junto a comidas ricas en hierro, porque reducen absorción.

La integración crítica debe considerar seguridad alimentaria e higiene. En zonas con agua insegura o limitada refrigeración, ciertas prácticas tradicionales pueden aumentar riesgo de infecciones gastrointestinales, que empeoran anemia por mala absorción. Por ello, se promueve lavado de manos, cocción adecuada y almacenamiento seguro. La educación debe ser práctica: cómo preparar alimentos con bajo costo, cómo combinar ingredientes disponibles y cómo distribuir porciones durante el día para evitar náuseas y favorecer aporte energético.

La suplementación con hierro y ácido fólico suele ser necesaria, especialmente en embarazos con anemia previa o dietas limitadas. Sin embargo, la adherencia puede ser baja por efectos adversos (náuseas, estreñimiento) o por creencias sobre “calor” o “pesadez” del suplemento. La integración intercultural requiere anticipar estos problemas: explicar por qué se indica, cómo tomarlo con alimentos adecuados, y cómo manejar efectos secundarios. Si el suplemento se incorpora como “protección” en términos culturales, aumenta aceptación.

También debe abordarse el rol de parásitos intestinales y malaria u otras infecciones en territorios específicos, que contribuyen a anemia. La prevención incluye desparasitación cuando corresponde, control prenatal y tratamiento oportuno. En comunidades donde el embarazo se cuida con hierbas o dietas, es útil explicar que la “debilidad” puede relacionarse con “pérdida de sangre” o “falta de fuerza” por anemia, conectando el lenguaje local con la necesidad de exámenes y tratamiento.

Un punto crítico es evitar recomendaciones idealizadas. Hablar de dietas “perfectas” desconectadas de la economía local genera frustración y abandono. La integración crítica trabaja con lo posible: identificar alimentos disponibles en el territorio, ajustar por temporada, y proponer sustituciones equivalentes. También considera la carga de trabajo: si la mujer no puede cocinar por fatiga, la corresponsabilidad familiar se vuelve componente nutricional. El apoyo del hogar permite que la recomendación sea viable.

En síntesis, la alimentación tradicional puede ser un aliado potente para la nutrición materna y la prevención de anemia si se integra con criterios de seguridad y evidencia. La clave es respetar el marco cultural, fortalecer fuentes locales de hierro y proteína, mejorar absorción con combinaciones prácticas, y sostener suplementación con comunicación clara y manejo de efectos adversos. Esta integración crítica convierte la nutrición en una estrategia comunitaria de promoción de salud materna, accesible, pertinente y protectora.

3.5. Salud mental perinatal y contención comunitaria: roles y señales de alerta

La salud mental perinatal comprende el bienestar emocional y psicológico durante el embarazo y el primer año posparto. En contextos comunitarios, su importancia suele subestimarse porque las preocupaciones visibles se concentran en lo físico. Sin embargo, ansiedad, depresión y estrés crónico afectan el autocuidado, la adherencia a controles, el descanso y la alimentación, y pueden

incrementar conflictos familiares. La promoción intercultural debe incluir la dimensión mental como parte de la seguridad materna integral. Durante el embarazo, la salud mental se ve influida por factores sociales: precariedad económica, violencia basada en género, embarazo no planificado, migración, aislamiento y experiencias previas de pérdida gestacional. En territorios rurales o periurbanos, también influyen el miedo a la atención institucional, el estigma y la carga de trabajo doméstico. En este escenario, la contención comunitaria funciona como protección: redes de apoyo, acompañamiento de parteras, rituales y espacios de conversación reducen ansiedad y fortalecen sentido de cuidado.

La contención comunitaria tiene roles específicos. La familia puede proteger mediante descanso, corresponsabilidad y escucha sin juicio. Las parteras tradicionales suelen cumplir un rol de “acompañamiento continuo” que incluye consejo, validación emocional y cuidado espiritual, lo que disminuye miedo al parto. Los grupos de mujeres y liderazgos comunitarios ofrecen pertenencia y apoyo práctico (alimentos, ayuda doméstica, acompañamiento a controles). Estas redes, cuando se coordinan con el primer nivel de salud, facilitan identificación temprana de señales de alerta.

La pertinencia cultural es clave porque la salud mental se expresa en códigos distintos. En algunas comunidades, el malestar emocional se verbaliza como “pena”, “susto”, “nervios”, “debilidad del corazón” o “pérdida del ánimo”. Estas expresiones deben tomarse como puertas de entrada para explorar síntomas: tristeza persistente, irritabilidad, insomnio, falta de apetito, llanto frecuente o sensación de desesperanza. Traducir sin invalidar permite detectar riesgo y ofrecer apoyo oportuno sin estigmatizar.

Las señales de alerta en embarazo incluyen ansiedad intensa que impide dormir o funcionar, tristeza persistente la mayor parte del día, aislamiento social, pérdida marcada de interés, cambios extremos de apetito, ataques de pánico, consumo problemático de alcohol u otras sustancias, y violencia o control coercitivo en el hogar. También es señal de riesgo la falta total de apoyo: mujeres que enfrentan embarazo solas, con rechazo familiar o con múltiples cargas. Estas condiciones incrementan vulnerabilidad y requieren intervención.

En el posparto, es importante diferenciar cambios emocionales esperables de señales patológicas. La labilidad emocional leve y transitoria puede ocurrir, pero debe alertar cuando la tristeza dura más de dos semanas, cuando hay incapacidad para cuidar al bebé o a sí misma, o cuando aparecen ideas de culpa extrema y desesperanza. Las señales más graves incluyen pensamientos de hacerse daño, de dañar al bebé, confusión severa o desconexión con la realidad. Estos casos requieren derivación inmediata y apoyo profesional.

La contención comunitaria debe incorporar un componente de seguridad: saber cuándo apoyar en casa y cuándo derivar. Las parteras y promotores pueden aplicar preguntas simples para identificar riesgo: “¿has sentido tristeza casi todos los días?”, “¿duermes?”, “¿tienes miedo extremo?”, “¿te sientes en peligro en tu casa?”, “¿has pensado en hacerte daño?”. Estas preguntas deben hacerse con privacidad y sin juicio. Si se identifica riesgo, se activa una ruta de referencia al primer nivel o a servicios especializados, según disponibilidad.

Para sostener la salud mental perinatal, también se recomiendan prácticas comunitarias protectoras compatibles: acompañamiento continuo, espacios de conversación, técnicas de respiración, caminatas seguras, organización de apoyo doméstico y reconocimiento del puerperio como periodo de resguardo. Sin embargo, se debe evitar que la cultura silencie el sufrimiento. Normalizar el sufrimiento como “debilidad” o “capricho” aumenta riesgo. La promoción intercultural debe reencuadrar: pedir ayuda es parte del cuidado materno.

3.6. Autocuidado corporal: descanso, movimiento, higiene y prácticas seguras

El autocuidado corporal durante el embarazo es un eje preventivo que influye en bienestar, tolerancia física, salud mental y capacidad de respuesta ante señales de alarma. En saberes tradicionales, este autocuidado suele expresarse como “resguardo”, equilibrio de fuerzas y protección frente a cambios térmicos o esfuerzos excesivos. Desde salud pública, el reto es integrar esas prácticas con recomendaciones seguras sobre descanso, movimiento e higiene, evitando tanto la sobre exigencia como el reposo absoluto sin indicación.

El descanso es una práctica protectora cuando reduce fatiga, mejora sueño y disminuye estrés. En contextos donde la gestante mantiene jornadas domésticas o laborales intensas, la corresponsabilidad familiar es parte del autocuidado: redistribuir tareas, disminuir carga de peso y permitir pausas frecuentes. El descanso no significa inmovilidad; implica alternar actividad con recuperación. Debe alertar cuando hay agotamiento extremo, mareos persistentes, palpitaciones o dificultad respiratoria, porque pueden asociarse a anemia u otras complicaciones.

El movimiento seguro es beneficioso para la circulación, dolor lumbar, estado de ánimo y control del peso. Caminar, estiramientos suaves y cambios de postura ayudan a reducir rigidez y estreñimiento. En tradiciones comunitarias, el movimiento suele integrarse a la vida cotidiana; el problema aparece cuando el trabajo es pesado o repetitivo. La recomendación intercultural es mantener actividad moderada, evitar cargar peso excesivo y suspender actividad ante sangrado, dolor intenso, contracciones regulares antes de término o pérdida de líquido.

La higiene es otro componente clave, especialmente en prevención de infecciones urinarias, gastrointestinales y de piel. El autocuidado higiénico incluye lavado de manos, higiene íntima sin irritantes, acceso a agua segura y cocción adecuada de alimentos. En algunos contextos, se usan

baños de asiento o lavados tradicionales; pueden ser compatibles si se evita introducir sustancias irritantes o calientes, y si se mantiene limpieza del recipiente y del agua. Debe evitarse cualquier práctica que aumente riesgo de irritación o infección vaginal. Entre las prácticas seguras de autocuidado se incluyen técnicas de alivio no farmacológico: respiración, posturas de descanso, aplicación de calor moderado en zona lumbar, masajes suaves y apoyo con almohadas para dormir. Estas prácticas reducen tensión y favorecen bienestar. Lo importante es evitar manipulaciones fuertes del abdomen o sobadas destinadas a “acomodar” al bebé, porque pueden provocar dolor, contracciones o sangrado, y retrasar la consulta si aparece un problema real.

La educación intercultural debe establecer criterios simples de “alto riesgo” para suspender autocuidado y consultar. Señales como sangrado vaginal, fiebre, dolor abdominal intenso, dolor de cabeza severo, visión borrosa, hinchazón súbita, pérdida de líquido, disminución marcada de movimientos fetales o malestar general progresivo requieren evaluación sanitaria. La comunidad puede seguir practicando resguardo y cuidados, pero no debe normalizar esas señales como “parte del embarazo”. La regla operativa es: ante alarma, primero evaluación.

El autocuidado corporal también se vincula con salud mental. Descanso adecuado, movimiento moderado y rutinas de higiene mejoran sueño y reducen ansiedad. En comunidades con ritualidad, el autocuidado puede incluir espacios de conversación, acompañamiento y prácticas de calma que disminuyen miedo al parto. Estas prácticas son valiosas si no sustituyen controles prenatales. La integración crítica consiste en usar el autocuidado como puerta de entrada para fortalecer la asistencia a controles y la planificación del parto.

3.7. Medicina tradicional en el embarazo: usos frecuentes y criterios de prudencia

La medicina tradicional durante el embarazo incluye el uso de plantas, infusiones, ungüentos, baños y preparados que buscan aliviar malestares, “fortalecer” a la madre y proteger el proceso gestacional. En muchos territorios, estas prácticas forman parte del cuidado habitual y se transmiten por parteras, familias y liderazgos comunitarios. Desde salud pública, el punto crítico no es prohibir de forma general, sino establecer criterios de prudencia: identificar usos frecuentes, distinguir prácticas de bajo riesgo y prevenir aquellas que pueden producir complicaciones.

Entre los usos más comunes se encuentran infusiones para náuseas, digestión, ansiedad leve o resfriados; baños tibios para relajación; y ungüentos para dolor muscular. También se usan preparados “fortificantes” para aumentar energía o “limpiar” el cuerpo. Estas prácticas pueden coexistir con la atención formal si se aplican con moderación, higiene y sin sustituir controles prenatales. El mayor riesgo aparece cuando se consumen múltiples plantas combinadas, en dosis altas, o cuando se usan para provocar contracciones o “apurar” el parto.

Los criterios de prudencia inician con el principio de mínima exposición. En embarazo, todo preparado debe considerarse potencialmente activo. Por ello, se recomienda evitar mezclas complejas, concentraciones altas y uso prolongado sin necesidad. Si se usan infusiones, deben ser suaves, con pocas hojas o poca cantidad, y no deben reemplazar hidratación y alimentación. También es prudente evitar preparados “amargos” o altamente estimulantes y aquellos que, en la práctica comunitaria, se asocian a “mover la sangre” o “hacer bajar”.

Un segundo criterio es evitar plantas con efecto uterotónico o purgante. En múltiples tradiciones, existen hierbas conocidas por “ayudar a parir”, “despegar” o “limpiar el útero”. Estas pueden aumentar contracciones, provocar sangrado o desencadenar parto prematuro, especialmente en el segundo y tercer trimestre. De igual forma, plantas con efecto laxante fuerte o diurético intenso pueden causar deshidratación, alteraciones electrolíticas y malestar que complica el seguimiento clínico.

Un tercer criterio es vigilar interacciones con medicamentos. Muchas mujeres reciben suplementos de hierro, ácido fólico o tratamiento para infecciones e hipertensión. Algunos preparados tradicionales pueden alterar la absorción, potenciar efectos o aumentar náuseas. Por ello, se recomienda separar el consumo de infusiones de la toma de suplementos, y comunicar al personal de salud qué se está usando. La comunicación debe ser sin juicio; si el servicio ridiculiza, la mujer oculta información y aumenta el riesgo.

La seguridad e higiene son otro criterio central. Preparados elaborados con agua no segura, recipientes contaminados o almacenamiento inadecuado pueden producir infecciones gastrointestinales, que afectan hidratación y nutrición y agravan anemia. Además, aplicaciones vaginales de sustancias o lavados internos son especialmente riesgosos, porque alteran la microbiota y aumentan infección. Como regla prudente, se recomienda evitar cualquier introducción de sustancias en vagina durante el embarazo y el puerperio temprano.

También es clave definir cuándo la medicina tradicional no es suficiente. La prudencia exige una regla clara: si existe sangrado, fiebre, dolor abdominal intenso, cefalea severa, visión borrosa, hinchazón súbita, pérdida de líquido o disminución marcada de movimientos fetales, no se debe “esperar a que pase con remedios”. La medicina tradicional puede acompañar el cuidado, pero no sustituye evaluación. Integrar esta regla en educación comunitaria reduce demoras y protege vidas. La articulación con parteras tradicionales facilita prudencia. Las parteras pueden orientar usos de bajo riesgo (infusiones suaves para confort) y desalentar usos peligrosos (preparados para inducir contracciones). Además, pueden promover que la mujer informe al servicio lo que consume. Para esto, el establecimiento debe garantizar seguridad cultural: recibir la información sin burla ni sanción. La prudencia es un acuerdo social: requiere confianza para ser aplicada.

3.8. Lactancia materna y cuidados del recién nacido desde saberes locales

La lactancia materna y los cuidados del recién nacido están fuertemente mediados por saberes locales que orientan prácticas diarias, decisiones familiares y significados culturales sobre “buena crianza”. En muchas comunidades, el cuidado neonatal no recae solo en la madre: involucra a abuelas, parteras y redes de vecindad que transmiten normas sobre abrigo, baños, alimentación y resguardo. Desde salud pública, integrar estos saberes permite fortalecer la lactancia exclusiva, prevenir infecciones y mejorar la continuidad del cuidado sin deslegitimar la identidad cultural.

La lactancia, desde saberes locales, suele vincularse con conceptos de “fortaleza”, “leche buena” y equilibrio emocional de la madre. Estas ideas pueden ser aliadas si se traducen en prácticas protectoras: inicio temprano de lactancia, contacto piel con piel, succión frecuente y apoyo familiar para que la madre descanse e hidratarse. Muchas comunidades reconocen que el estrés, el miedo o el cansancio afectan la producción de leche; esta percepción puede utilizarse para promover contención emocional y corresponsabilidad doméstica como estrategia concreta de éxito de lactancia.

En la práctica intercultural, un tema sensible es el calostro. En algunos contextos se valora como “primera medicina”, mientras que en otros se percibe como “espeso” o “sucio” y se desecha. La integración crítica consiste en dialogar sin confrontación y explicar que ese primer líquido es protección para el recién nacido. Cuando se usa lenguaje cultural —por ejemplo, “es la primera defensa”, “la primera vacuna”— se aumenta aceptación. Si se trata como ignorancia, se genera resistencia y se pierde oportunidad educativa.

Otro punto es la frecuencia y técnica de lactancia. Los saberes locales a veces promueven horarios rígidos o prácticas que interrumpen succión. La recomendación sanitaria es lactancia a libre demanda y buen agarre para evitar grietas y dolor. La educación comunitaria puede usar demostraciones prácticas y apoyo de parteras o mujeres con experiencia, porque el aprendizaje se facilita por observación. El objetivo es prevenir dificultades que llevan a introducir fórmulas o infusiones tempranas, lo cual aumenta riesgo de diarrea e infecciones.

Respecto al recién nacido, los saberes locales priorizan abrigo, protección contra “frío” y resguardo del ombligo. Estas prácticas pueden ser compatibles si se aplican con criterios de seguridad: evitar sobreabrigo extremo que provoque fiebre o deshidratación, mantener ambientes ventilados y garantizar higiene en el cuidado del cordón. Una integración crítica promueve la regla simple: cordón limpio y seco, manos limpias antes de tocar, y evitar aplicar sustancias que puedan infectar. Cuando se prohíbe sin explicación, la familia oculta prácticas y el riesgo aumenta.

Los baños del recién nacido también tienen significados culturales. Algunas comunidades recomiendan baños tempranos con hierbas o agua tibia para “asentar” al bebé. Desde una perspectiva sanitaria, el baño debe ser seguro: agua limpia, temperatura adecuada y cuidado para evitar hipotermia. El enfoque intercultural no niega el valor ritual del baño, pero sugiere momentos y condiciones seguras: evitar exponer al bebé al frío, secar bien, y priorizar el contacto piel con piel, especialmente en los primeros días.

La familia cumple un rol central en el cuidado neonatal. Las abuelas y parteras suelen orientar prácticas de sueño, abrigo y alimentación. Este liderazgo es una oportunidad para promover señales de alarma: dificultad para respirar, fiebre, rechazo del pecho, somnolencia excesiva, coloración amarilla intensa, vómitos persistentes o diarrea. Enseñar estas señales a la red familiar reduce demoras en la consulta. La clave es usar un lenguaje simple y coherente con creencias locales, sin tecnicismos.

Un componente esencial es proteger a la madre en el puerperio para que la lactancia sea viable. Si la madre no duerme, no se alimenta y carga con tareas domésticas, la lactancia se dificulta. En saberes locales, el resguardo posparto puede ser una tradición fuerte; bien integrada, se convierte en estrategia sanitaria: descanso, hidratación, apoyo emocional y reducción de carga. Esto muestra cómo un saber cultural puede convertirse en intervención de salud pública con resultados concretos.

3.9. Plan comunitario de emergencia obstétrica: decisión, transporte y redes de apoyo

Un plan comunitario de emergencia obstétrica es una estrategia preventiva que organiza, antes de que ocurra una complicación, cómo la familia y la comunidad actuarán para reducir demoras y asegurar atención oportuna. En salud materna, la urgencia suele estar determinada por minutos u horas: hemorragia, hipertensión severa, sepsis o parto obstruido no admiten espera. Por ello, el plan comunitario se enfoca en tres ejes críticos: decisión rápida, transporte efectivo y redes de apoyo que sostengan el traslado y el acceso.

El primer eje es la decisión. Muchas emergencias se agravan porque la familia duda, minimiza síntomas o intenta resolver solo con remedios. El plan comunitario define señales de alarma y una regla simple: si aparece el signo, se activa el plan sin discusión prolongada. Señales clave incluyen sangrado vaginal abundante, fiebre, dolor abdominal intenso, convulsiones o cefalea severa con visión borrosa, pérdida de líquido, mal olor, disminución marcada de movimientos fetales y malestar general que empeora. La decisión debe quedar a cargo de la mujer y su red inmediata, evitando bloqueos por control familiar.

El segundo eje es el transporte, que suele ser la barrera más dura en territorios rurales o con inseguridad. El plan debe identificar rutas, tiempos reales y alternativas: vehículo familiar, vecino, transporte comunitario, moto, camioneta, ambulancia o coordinación con autoridades locales. También define qué hacer de noche, en lluvia o con caminos inestables. La planificación debe incluir un “punto de encuentro” y un medio de comunicación rápido. En comunidades dispersas, la coordinación previa con el centro de salud reduce el tiempo de respuesta.

Un tercer componente del transporte es el financiamiento de costos indirectos. Aunque la atención pueda ser gratuita, el traslado, alimentación y hospedaje del acompañante no siempre lo son. El plan comunitario contempla un fondo familiar o comunitario, apoyo solidario o mecanismos de cooperación. Este componente reduce la demora por falta de dinero en el momento crítico. En promoción intercultural, hablar de costos no es un detalle administrativo; es una intervención de salud pública porque define si la mujer llega o no.

El tercer eje del plan son las redes de apoyo. Incluyen a la pareja y familia extendida, parteras tradicionales, vecinas, promotores de salud y líderes comunitarios. Cada actor cumple un rol: quien acompaña a la gestante, quien cuida a otros hijos, quien coordina transporte, quien comunica al establecimiento y quien prepara documentos. Esta asignación de roles evita caos en la emergencia. En contextos interculturales, la partera puede activar el plan al reconocer señales de alarma y al facilitar comunicación con el servicio.

El plan también debe incorporar el establecimiento de referencia y la información mínima para entregar. Se define a qué centro acudir según nivel de riesgo y capacidad resolutive, y se prepara un resumen simple: semanas de gestación, antecedentes relevantes, signos observados, tiempo de evolución y tratamientos recibidos. Si existe carné prenatal o resultados de exámenes, se incluyen. Esta información acelera triage y reduce errores. La comunidad puede preparar una “bolsa de emergencia” con documentos y elementos básicos.

La educación comunitaria debe entrenar el plan mediante simulación. No basta con escribirlo; se debe practicar mentalmente: “si hay sangrado, llamamos a X, usamos transporte Y, vamos al centro Z”. Estas simulaciones pueden hacerse en reuniones de mujeres o con parteras. La repetición reduce pánico y mejora coordinación. También permite ajustar el plan según temporada, disponibilidad real de transporte y cambios familiares. Un plan no actualizado se vuelve inútil en la emergencia.

3.10. Traducción intercultural de signos de alarma: embarazo, parto y puerperio

La traducción intercultural de signos de alarma consiste en conectar cómo una comunidad nombra y explica el malestar con criterios clínicos de urgencia y acciones concretas. Su objetivo no es corregir la cultura, sino evitar demoras peligrosas por incomprensión, vergüenza o minimización.

Cuando la mujer y su red comprenden “qué significa” un síntoma en términos de riesgo y qué hacer, aumenta la consulta oportuna y se reduce mortalidad materna. En el embarazo, expresiones como “se me fue la fuerza”, “me siento vacía”, “me late fuerte el corazón” o “me mareo mucho” pueden corresponder a anemia, hipotensión, deshidratación o alteraciones hipertensivas. La traducción operativa es: si el mareo es persistente, hay debilidad extrema, palidez marcada o falta de aire, se debe acudir a control para evaluación y, si se acompaña de dolor de cabeza severo o visión borrosa, activar urgencia.

También se reportan signos bajo categorías de “calor” o “frío”. “Tengo calor por dentro” puede ser fiebre o infección; “me dio un frío que no se quita” puede ser escalofrío por infección o anemia. La regla intercultural simple es: fiebre, escalofrío intenso o malestar general creciente no se tratan solo con infusiones; requieren evaluación. Si además hay dolor al orinar, flujo con mal olor o dolor abdominal, aumenta el riesgo y la consulta debe ser inmediata.

En el trabajo de parto, frases como “la barriga se pone dura seguido” pueden indicar contracciones regulares; la traducción clínica depende de frecuencia e intensidad. Si las contracciones son cada poco minuto antes de término, o si hay dolor severo constante, se activa traslado. “Se me salió agua” traduce ruptura de membranas: debe registrarse hora, color y olor, y acudir al servicio. Si el líquido es verde, con mal olor o hay fiebre, es urgencia.

Durante el parto, “me está bajando sangre” requiere traducción cuantitativa sencilla. Las comunidades suelen medir por telas o toallas: si empapa rápidamente o hay coágulos grandes, es alarma. “Me duele como que se parte” puede señalar complicación, sobre todo si el dolor es continuo, muy intenso y no coincide con contracciones. Y “no siento al bebé moverse” o “se quedó quieto” en embarazo avanzado o parto es señal de alarma que exige consulta urgente.

En el puerperio, muchas comunidades asumen que el sangrado “es normal” porque “se limpia el cuerpo”. La traducción intercultural debe precisar: sangrado leve-moderado puede ser esperado, pero si aumenta, empapa toallas rápidamente, reaparece con fuerza tras haber disminuido o hay mareo, es emergencia. “Me huele feo” o “me arde adentro” puede indicar infección; si se acompaña de fiebre, dolor pélvico o escalofríos, se requiere atención inmediata.

La traducción intercultural funciona mejor con un formato de tres pasos: nombre local → signo clínico → acción. Ejemplo: “susto y falta de fuerza” → puede ocultar ansiedad intensa, anemia o infección → evaluar, medir signos vitales y no retrasar consulta. Cuando estos puentes se enseñan a familias, parteras y redes comunitarias, las señales dejan de ser ambiguas y se convierten en disparadores claros de decisión, transporte y atención oportuna.

3.11. Prevención de infecciones y cuidados del puerperio: prácticas y límites

El puerperio es un periodo crítico para la salud materna porque, además de la recuperación física, existe riesgo elevado de infecciones, hemorragia tardía y complicaciones emocionales. En saberes tradicionales, el puerperio suele entenderse como “resguardo” y “cierre” del cuerpo, con prácticas orientadas a abrigo, reposo, alimentación específica y protección frente a “frío” o “mal aire”. Estas prácticas pueden ser protectoras si se integran con límites sanitarios claros, especialmente en higiene y signos de alarma.

La prevención de infecciones inicia con medidas básicas: lavado de manos, higiene íntima externa suave, uso de agua limpia y manejo seguro de toallas o paños. En contextos comunitarios, es frecuente el uso de baños tibios, vapores o baños de asiento con hierbas. Estas prácticas pueden ser compatibles si el agua es segura, la temperatura es moderada y el recipiente está limpio. El límite importante es evitar lavados internos o introducción de sustancias en la vagina, porque aumentan irritación, alteran microbiota y elevan riesgo de infección.

El cuidado del puerperio incluye manejo del sangrado. Culturalmente se interpreta como “limpieza”, pero desde salud pública debe vigilarse cantidad y evolución. Sangrado que aumenta, coágulos grandes, mal olor, mareo o palidez requieren atención inmediata. Muchas infecciones posparto se presentan con fiebre y malestar progresivo; por ello, la regla práctica es: fiebre, escalofríos, dolor pélvico intenso o secreción fétida no se manejan solo con infusiones o reposo. Se activa plan de emergencia y consulta.

Las prácticas tradicionales de abrigo y reposo pueden ser beneficiosas si reducen exposición al frío, disminuyen esfuerzo y permiten recuperación. Sin embargo, deben evitarse extremos: el sobreabrigo excesivo puede favorecer deshidratación y dificultar identificar fiebre real. Se recomienda mantener abrigo cómodo, ventilación adecuada y buena hidratación. La movilidad suave —caminar dentro de casa— puede ayudar a circulación y ánimo, siempre que no haya dolor severo ni sangrado aumentado.

La alimentación puerperal tradicional suele priorizar caldos, bebidas calientes y alimentos “fortificantes”. Esta práctica puede apoyar hidratación y energía, y favorecer producción de leche. El límite sanitario es evitar restricciones que produzcan déficit nutricional, especialmente si la madre lacta. Se debe promover proteína, hierro y líquidos. Si hay anemia, el puerperio es un momento clave para continuar suplementación indicada y para vigilar signos de debilidad extrema. La familia debe apoyar con preparación de alimentos para no sobrecargar a la madre. La prevención de infecciones también depende del cuidado de heridas. Si hubo desgarros o suturas, se requiere higiene externa y observación de signos: enrojecimiento intenso, secreción, dolor que empeora o fiebre. En algunos contextos se aplican ungüentos o plantas directamente; esto es un límite

importante: cualquier aplicación sobre heridas debe evitarse si no se garantiza higiene y seguridad. La recomendación intercultural es clara: no aplicar sustancias sobre suturas sin indicación sanitaria, y consultar ante signos de infección. En el plano comunitario, la partera tradicional y la red familiar son esenciales para vigilancia. El puerperio puede transcurrir en silencio; muchas mujeres minimizan síntomas por vergüenza o por normalizar el dolor. La vigilancia comunitaria debe incluir preguntas simples: “¿tienes fiebre?”, “¿el sangrado aumentó?”, “¿hay mal olor?”, “¿te sientes débil o mareada?”, “¿tienes dolor fuerte?”. Si hay respuestas afirmativas, se deriva. La contención emocional también previene complicaciones, porque el estrés afecta descanso e inmunidad.

3.12. Parteras y agentes comunitarios: visitas domiciliarias y seguimiento materno

Las visitas domiciliarias y el seguimiento materno realizados por parteras tradicionales y agentes comunitarios constituyen una estrategia clave de promoción y prevención en territorios con barreras geográficas, económicas o culturales. Su valor principal es la continuidad: acompañan a la mujer en su entorno real, detectan riesgos tempranamente, refuerzan autocuidado y facilitan la articulación con servicios. En salud pública, estas visitas reducen la fragmentación del cuidado y disminuyen la probabilidad de que señales de alarma evolucionen sin atención.

El seguimiento domiciliario puede organizarse en tres momentos. En el prenatal, la visita se orienta a identificar condiciones de riesgo (cargas laborales, violencia, inseguridad alimentaria), promover controles, revisar adherencia a suplementos y fortalecer el plan comunitario de emergencia. En el parto, se verifica preparación: transporte, acompañante, documentos, ruta hacia establecimiento y signos que activan traslado. En el puerperio, la visita se centra en sangrado, fiebre, dolor, higiene, lactancia y salud mental, además del cuidado básico del recién nacido.

La partera tradicional aporta ventajas específicas: confianza comunitaria, lectura cultural del malestar y capacidad de sostener acompañamiento continuo. Su visita no es solo técnica; es relacional. Esto facilita que la mujer exprese síntomas que ocultaría en un establecimiento por vergüenza o temor. El agente comunitario, por su parte, suele tener vínculo con el sistema formal y puede reforzar mensajes sanitarios, registrar datos y activar rutas institucionales. La complementariedad es útil: partera y agente pueden funcionar como “doble puente” entre hogar y servicio.

Para que las visitas tengan impacto, se requiere un contenido mínimo estandarizado. En prenatal, se revisan signos de alarma, presión alta sospechada (cefalea severa, visión borrosa, edema súbito), síntomas de infección (fiebre, mal olor, dolor al orinar), sangrado y estado nutricional. También se evalúan condiciones de descanso, alimentación y apoyo familiar. En puerperio, el paquete mínimo incluye evaluación de sangrado, temperatura, dolor pélvico, estado de heridas, lactancia y señales de depresión posparto.

La metodología de la visita debe ser simple y respetuosa. Se recomienda usar listas de verificación breves, preguntas en lenguaje local y verificación de comprensión. El objetivo no es “inspeccionar”, sino acompañar y educar. También es clave la privacidad: algunas preguntas (violencia, salud mental, decisiones familiares) requieren conversar sin presencia de terceros que puedan inhibir. En comunidades pequeñas, la confidencialidad es un factor de confianza; sin ella, la mujer evita compartir información crítica.

Un componente central es la activación de referencia oportuna. Las visitas domiciliarias funcionan si existe un mecanismo claro de derivación: a quién llamar, a dónde llevar a la mujer y cómo comunicar información mínima al servicio. El seguimiento comunitario no debe convertirse en “resolución en casa” ante señales graves. Por ello, parteras y agentes deben tener criterios compartidos de alarma y un enfoque de no culpabilización. Si la comunidad teme regaños en el servicio, ocultará problemas y aumentará riesgo.

El seguimiento también permite intervenir sobre determinantes sociales. Si la visita identifica inseguridad alimentaria, falta de transporte o ausencia de apoyo, se pueden activar redes comunitarias: apoyo solidario, organización de turnos familiares o coordinación con programas sociales. Además, se puede fortalecer corresponsabilidad: distribuir tareas domésticas, preparar alimentos, asegurar descanso y acompañar a controles. Estas acciones, aunque parezcan “sociales”, son intervenciones sanitarias porque sostienen adherencia y reducen demoras.

3.13. Articulación con atención primaria de salud: coordinación y continuidad del cuidado

La articulación con la atención primaria de salud (APS) es el eje que permite que la promoción materna desde saberes tradicionales se convierta en un continuo de cuidado efectivo y no en acciones aisladas. La APS es el primer punto de contacto institucional y, en muchos territorios, el único servicio cercano. Por ello, su coordinación con parteras, agentes comunitarios y familias determina la oportunidad del control prenatal, la derivación temprana y el seguimiento puerperal. Sin articulación, la mujer transita entre sistemas fragmentados y las demoras aumentan.

La coordinación debe iniciar con un principio operativo: compartir responsabilidad sin competir por autoridad. La partera tradicional y la red comunitaria aportan confianza, acompañamiento y lectura cultural del riesgo; la APS aporta evaluación clínica, exámenes, vacunación, suplementación y activación de referencia a niveles resolutivos. Cuando estos roles se reconocen, se reduce la resistencia mutua. Si el personal de APS estigmatiza a la partera o invalida prácticas culturales, la mujer oculta información y se debilita la continuidad del cuidado.

Un mecanismo central de articulación es la referencia y contrarreferencia entre comunidad y APS. En el prenatal, la partera puede promover que la mujer asista a controles y, cuando detecta señales

de alarma, referirla con información mínima: edad gestacional, signos observados, tiempo de evolución y prácticas realizadas. La APS, a su vez, debe contra referir: resultados de exámenes, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones claras para el hogar. La contrarreferencia es clave para evitar duplicación, mejorar adherencia y sostener vigilancia comunitaria. La continuidad del cuidado exige coordinación de agendas y accesibilidad. La APS puede implementar estrategias como controles prenatales grupales, horarios flexibles y prioridad de atención para gestantes derivadas desde comunidad. En territorios con barreras de transporte, la APS puede planificar jornadas comunitarias o visitas domiciliarias con agentes de salud. La coordinación también incluye lenguaje: si la APS usa tecnicismos, la información se pierde; por ello, es útil capacitar al personal en traducción intercultural de signos de alarma y en verificación de comprensión.

La APS tiene un rol estratégico en prevención de riesgos frecuentes. Debe asegurar suplementación con hierro y ácido fólico, detección y tratamiento de infecciones urinarias, control de presión arterial y educación sobre señales de alarma. Integrar saberes tradicionales significa aprovechar prácticas culturales como “momentos pedagógicos”: visitas de partera, reuniones comunitarias o rituales de resguardo pueden convertirse en espacios donde la APS refuerce mensajes sanitarios y donde la comunidad exprese dudas sin temor. La promoción se vuelve bidireccional.

La articulación también implica manejo coordinado del puerperio. Muchas complicaciones ocurren después del parto, cuando la mujer ya está en casa. La APS debe garantizar control puerperal, apoyo a lactancia, vigilancia de hemorragia e infección y detección de depresión posparto. La red comunitaria puede facilitar seguimiento domiciliario y alertar signos de riesgo. Sin embargo, debe existir una ruta clara: a quién acudir, qué horario, y cómo se atiende sin maltrato. La confianza se construye si la APS responde con respeto y oportunidad.

Otro componente es la gestión del plan comunitario de emergencia obstétrica desde APS. La APS puede ayudar a definir establecimiento de referencia, ruta de transporte y contactos, y puede coordinar con autoridades locales o redes de transporte para emergencias. También puede mapear barreras territoriales: comunidades sin cobertura, zonas inseguras o rutas inestables. Este mapeo permite planificar acciones preventivas y reducir demoras. La articulación no es solo clínica; es logística y social.

3.14. Registro comunitario y vigilancia participativa: trazabilidad del cuidado materno

El registro comunitario y la vigilancia participativa permiten que la promoción de la salud materna no dependa únicamente de memoria familiar o de contactos informales, sino que cuente con trazabilidad básica del cuidado. En territorios con barreras de acceso, la pérdida de información es una causa frecuente de discontinuidad: se olvidan fechas, se repiten intervenciones, se subestiman señales o no se logra activar a tiempo el plan de emergencia. Un sistema comunitario de registro,

simple y culturalmente aceptado, mejora continuidad y reduce demoras. La vigilancia participativa se basa en que la comunidad no solo “recibe” atención, sino que observa, registra y actúa frente a riesgos. Este enfoque es especialmente útil cuando existen parteras tradicionales y agentes comunitarios que realizan visitas domiciliarias. El objetivo no es construir un expediente clínico complejo, sino asegurar un conjunto mínimo de datos que permitan seguimiento: edad gestacional estimada, controles realizados, señales de alarma presentadas, derivaciones y resultados.

La trazabilidad fortalece la coordinación con la atención primaria y reduce el riesgo de abandono. Un registro comunitario mínimo puede incluir: identificación básica de la gestante (sin exponer datos sensibles públicamente), fecha probable de parto, lugar de residencia, contacto de emergencia, antecedentes relevantes conocidos por la familia, controles prenatales realizados y suplementación recibida. También puede incorporar un “semáforo de riesgo” simple (verde, amarillo, rojo) acordado con APS. El semáforo ayuda a priorizar visitas y activar rutas de referencia, sin necesidad de tecnicismos ni equipos sofisticados.

La vigilancia participativa debe incluir un componente de alertas comunitarias. Esto significa registrar y comunicar rápidamente eventos como sangrado, fiebre, dolor intenso o pérdida de líquido. En la práctica, se puede usar un cuaderno de seguimiento de la partera, fichas individuales guardadas por la familia o formatos simples del agente comunitario. Lo decisivo es que exista un canal para informar a APS y, cuando corresponda, activar transporte. Sin canal de comunicación, el registro se vuelve burocrático y no cumple su función protectora.

Un aspecto crítico es la confidencialidad. En comunidades pequeñas, la exposición de información puede generar estigma o conflictos familiares. Por ello, el registro debe manejarse con reglas: quién tiene acceso, dónde se guarda y qué datos se comparten. La vigilancia participativa no debe convertirse en control social sobre la mujer. Su fin es protección sanitaria. Los datos compartidos con APS deben limitarse a lo necesario para continuidad del cuidado y manejo del riesgo, respetando autonomía y dignidad.

El registro comunitario también puede integrar indicadores de promoción: asistencia a educación prenatal, preparación del plan de emergencia, participación familiar y cumplimiento de control puerperal. Estos datos ayudan a identificar brechas: mujeres con baja asistencia, familias sin plan de transporte o gestantes con aislamiento social. En lugar de sancionar, la vigilancia participativa permite activar apoyo: visitas adicionales, acompañamiento, coordinación de transporte o gestión de recursos comunitarios. La lógica es preventiva y solidaria.

Para garantizar utilidad, el registro debe estar alineado con APS mediante formatos compatibles o equivalentes. No se requiere que sean idénticos, pero sí que compartan categorías básicas para referencia y contrarreferencia. La APS puede capacitar a parteras y agentes en el uso del semáforo

de riesgo y en el registro de señales de alarma. A cambio, el sistema formal debe reconocer el registro comunitario como aporte legítimo, no como “información informal”. Este reconocimiento mejora confianza y aumenta calidad de la coordinación.

3.15. Evaluación de programas comunitarios: indicadores, resultados y satisfacción

La evaluación de programas comunitarios de salud materna permite determinar si las acciones de promoción basadas en saberes locales realmente mejoran continuidad del cuidado, reducen demoras y fortalecen bienestar materno. Sin evaluación, los programas se sostienen por percepción o tradición, pero no se sabe qué funciona, para quién y bajo qué condiciones. En contextos interculturales, evaluar no es “medir por medir”; es generar evidencia práctica para ajustar estrategias sin perder pertinencia cultural ni seguridad clínica.

Los indicadores deben organizarse en tres niveles: proceso, resultados e impacto percibido o satisfacción. En proceso se mide si el programa se ejecuta como fue planificado: número de visitas domiciliarias realizadas, sesiones educativas comunitarias, participación familiar, uso de registro comunitario y activación del plan de emergencia. También se monitorea cobertura: cuántas gestantes fueron acompañadas, cuántas completaron controles prenatales y cuántas recibieron suplementación. Estos indicadores muestran alcance y consistencia operativa.

En resultados se observan cambios concretos vinculados a seguridad. Indicadores relevantes incluyen aumento de controles prenatales oportunos, incremento de derivaciones tempranas por señales de alarma y reducción de ingreso tardío al parto institucional. También se evalúa continuidad puerperal: porcentaje de controles posparto cumplidos, seguimiento de lactancia y detección temprana de infecciones o hemorragia. En programas con parteras y APS articuladas, un resultado clave es la contrarreferencia efectiva: que la información vuelva al territorio y se traduzca en acciones de seguimiento.

Cuando se dispone de datos, se pueden incorporar indicadores de salud más “duros”, como reducción de complicaciones graves o disminución de hospitalizaciones evitables. Sin embargo, en programas comunitarios suele ser difícil atribuir cambios clínicos directos, porque influyen transporte, capacidad del hospital y determinantes sociales. Por ello, la evaluación debe ser honesta: medir resultados intermedios (demoras, continuidad, adherencia) suele ser más realista y útil para gestión, sin pretender conclusiones causales no sustentadas.

La satisfacción y la experiencia usuaria son esenciales porque predicen uso futuro de servicios. En programas comunitarios, la satisfacción se relaciona con trato, confianza, claridad de la información y percepción de apoyo. Se puede medir con encuestas breves posvisita o posparto: si la mujer sintió respeto, si entendió señales de alarma, si considera útil el acompañamiento y si se sintió más segura. También se evalúa satisfacción familiar, ya que la corresponsabilidad depende de cómo la red

percibe el programa. La evaluación intercultural debe incluir métodos cualitativos simples: entrevistas breves, relatos de casos o grupos de conversación. Estas técnicas capturan cambios que los números no muestran, como reducción del miedo al hospital, mejor comunicación con personal de APS o disminución de prácticas riesgosas por aprendizaje comunitario. Además, ayudan a identificar barreras: estigma, violencia doméstica, costos de transporte o resistencia institucional. La evidencia cualitativa debe analizarse con rigor, buscando patrones, no solo testimonios aislados. Un componente clave es la retroalimentación participativa. Los resultados de evaluación deben devolverse a la comunidad y a los actores del programa: parteras, agentes comunitarios y APS. Esta devolución fortalece confianza y permite ajustar acciones localmente. La evaluación no debe usarse para culpar a la comunidad por demoras, sino para mejorar rutas, recursos y coordinación. Cuando la comunidad ve que sus datos generan cambios reales, aumenta participación y sostenibilidad del programa.

3.16. Estrategias para sostenibilidad: formación, relevo generacional y legitimidad social

La sostenibilidad de programas comunitarios de salud materna basados en saberes tradicionales depende de que el modelo se mantenga funcional más allá de personas específicas, coyunturas políticas o proyectos temporales. En muchos territorios, las iniciativas funcionan mientras existe liderazgo carismático, financiamiento puntual o una partera reconocida; luego se debilitan por rotación, falta de recursos o pérdida de confianza. Por ello, la sostenibilidad exige estrategias deliberadas en tres ejes: formación continua, relevo generacional y legitimidad social e institucional. La formación es el primer eje. Debe entenderse como un proceso permanente y bidireccional: el sistema formal fortalece capacidades comunitarias en señales de alarma, higiene, referencia y cuidado neonatal; y la comunidad fortalece al sistema en comunicación intercultural y comprensión del contexto local.

La formación efectiva no es un taller único, sino ciclos cortos con práctica: simulación de emergencias, revisión de casos y evaluación de comprensión. Además, debe incluir protocolos simples y herramientas concretas como semáforos de riesgo y guías visuales.

Para sostener la formación se requiere que esté institucionalizada. Esto implica responsables designados en APS, cronogramas anuales y materiales disponibles. Si la formación depende de proyectos externos, se interrumpe. También se recomienda formar “formadores” comunitarios: parteras experimentadas y agentes comunitarios capaces de replicar contenidos. Este enfoque reduce dependencia del personal sanitario y crea autonomía local. La formación debe reconocer saberes tradicionales; si se percibe como imposición, la comunidad participa por obligación y el aprendizaje no se sostiene.

El relevo generacional es el segundo eje. En muchas comunidades, la partería y el cuidado tradicional se sostienen por transmisión oral y práctica acompañada. Sin estrategias, el conocimiento se pierde cuando las parteras envejecen o migran. La sostenibilidad requiere identificar jóvenes interesadas, crear espacios seguros de aprendizaje y establecer trayectorias: observación, asistencia gradual y responsabilidades crecientes. El relevo no debe “profesionalizar” borrando identidad; debe preservar el rol cultural mientras incorpora criterios de seguridad y articulación con APS.

Para facilitar el relevo generacional, es útil formalizar mecanismos de reconocimiento comunitario. Certificados comunitarios, nombramientos locales o acuerdos con autoridades territoriales aumentan motivación y estabilidad. También se recomienda incorporar incentivos no necesariamente monetarios: acceso a capacitaciones, kits básicos, apoyo para transporte o participación en redes. La sostenibilidad mejora cuando el rol tiene valor social visible y cuando la comunidad protege a sus cuidadoras, evitando que sean deslegitimadas por el sistema formal.

La legitimidad social es el tercer eje y se construye con resultados y respeto. Un programa es legítimo cuando la comunidad percibe que mejora seguridad, reduce sufrimiento y respeta dignidad. Esto se refuerza con transparencia: compartir indicadores simples, relatar logros y explicar cambios. La legitimidad se destruye con maltrato institucional, discriminación o sanciones a parteras por derivar tarde. Por ello, la sostenibilidad exige acuerdos de no culpabilización y una cultura de aprendizaje compartido.

La legitimidad también debe ser institucional. Si APS no reconoce el rol comunitario, se rompe la articulación. Se requieren convenios locales, rutas formales de referencia/contrarreferencia y espacios periódicos de coordinación. La institucionalización protege el programa ante cambios políticos y crea reglas de continuidad. Además, permite integrar el programa a planes locales de salud, asignar recursos básicos y asegurar que la atención intercultural no sea una excepción, sino un estándar de calidad.

CAPÍTULO 5.

Derechos Reproductivos, Parteras, y Políticas Públicas

DERECHOS REPR

PROTOCOLO
PARTE REPR
MEDIACIÓN IN

Derechos reproductivos, partería y políticas públicas

Introducción

Los derechos reproductivos se sostienen sobre principios que deben traducirse a normas y prácticas: autonomía corporal, consentimiento informado, acceso a servicios oportunos y de calidad, no discriminación, privacidad y libertad de elección. Sin embargo, estos principios suelen tensionarse cuando el sistema de salud actúa de manera paternalista o cuando la institucionalidad reduce el parto a un acto exclusivamente clínico, ignorando dimensiones culturales y sociales. El capítulo plantea que el cumplimiento real de los derechos no se demuestra con declaraciones generales, sino con mecanismos operativos: protocolos de parto respetado, mediación intercultural, atención primaria fortalecida, rutas de referencia y sistemas de quejas efectivos frente a maltrato.

En este marco, la partería aparece como un tema clave porque representa dos dimensiones simultáneas: por un lado, es una práctica de cuidado con raíces comunitarias, con legitimidad cultural y potencial preventivo; por otro, ha sido históricamente objeto de marginalización normativa, estigmatización profesional y ausencia de reconocimiento institucional. Cuando la partera tradicional no es reconocida, se rompe la articulación comunitaria y se incrementan demoras; cuando se la reconoce sin criterios de seguridad y sin coordinación, se exponen riesgos. El capítulo propone analizar la partería no como oposición a la obstetricia clínica, sino como un actor territorial cuya integración depende del marco legal, la gobernanza sanitaria y el respeto a derechos.

La perspectiva de políticas públicas permite comprender por qué ciertas intervenciones funcionan y otras fracasan. Una política pública no es solo una ley: incluye financiamiento, regulación, formación, sistemas de información, monitoreo y rendición de cuentas. En salud materna, las políticas que solo se enfocan en infraestructura hospitalaria pueden mejorar capacidad resolutoria, pero no necesariamente reducen las demoras si no abordan transporte, trato, barreras culturales y continuidad puerperal. Este capítulo examina cómo las políticas reproductivas deben diseñarse con enfoque de ciclo de vida y territorio, incorporando determinantes sociales y el rol de la atención primaria, y articulando estrategias interculturales con estándares de calidad.

4.1. Derechos sexuales y reproductivos: marco conceptual y principios rectores

Los derechos sexuales y reproductivos constituyen un conjunto de derechos humanos aplicados a la sexualidad y la reproducción, orientados a garantizar que las personas puedan tomar decisiones libres, informadas y seguras sobre su cuerpo, su vida sexual y su proyecto reproductivo. En el ámbito materno, estos derechos se expresan en la posibilidad de decidir si embarazarse o no, cuándo hacerlo, en qué condiciones, con qué información, y con acceso efectivo a servicios de salud de calidad. No se trata únicamente de “opciones”, sino de garantías exigibles frente al Estado

y a los prestadores. Como marco conceptual, los derechos sexuales se relacionan con vivir la sexualidad sin coerción, violencia ni discriminación, con acceso a educación sexual integral, prevención y tratamiento de infecciones, y libertad para decidir sobre relaciones y prácticas consensuadas. Los derechos reproductivos, por su parte, se enfocan en la capacidad de decidir sobre reproducción, acceder a métodos anticonceptivos, atención preconcepcional, control prenatal, parto seguro, atención posparto y, cuando corresponda, servicios para interrupción del embarazo conforme a la normativa vigente. En ambos casos, el eje es la dignidad y la autonomía. Los principios rectores se pueden organizar en seis núcleos. El primero es la autonomía corporal, que reconoce a la persona como titular de decisiones sobre su cuerpo. En salud materna, esto implica que la mujer no es un objeto de intervención clínica; es sujeto de derechos con capacidad de elegir, preguntar y aceptar o rechazar procedimientos, salvo escenarios excepcionales regulados por el marco legal y la urgencia clínica. La autonomía se vuelve real cuando existe información comprensible y opciones seguras.

El segundo principio es el consentimiento informado, entendido como un proceso de comunicación, no como una firma. Requiere explicar alternativas, beneficios, riesgos y consecuencias, en lenguaje claro y culturalmente pertinente, verificando comprensión. En el parto, este principio es crítico porque se toman decisiones de alto impacto (inducción, analgesia, episiotomía, cesárea). En contextos interculturales o multilingües, el consentimiento exige mediación lingüística y respeto a valores culturales sin manipulación.

El tercer principio es la no discriminación e igualdad sustantiva. Significa que el acceso y la calidad no pueden variar por etnia, lengua, edad, condición socioeconómica, territorio, discapacidad o estado migratorio. En la práctica, la discriminación se expresa en trato humillante, negación de acompañante, falta de intérpretes o estereotipos sobre “mujeres que no entienden”. La igualdad sustantiva exige medidas diferenciadas para compensar barreras reales, por ejemplo, servicios móviles, horarios flexibles o mediación cultural.

El cuarto principio es la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (enfoque de derechos aplicado a servicios). La disponibilidad se refiere a existencia de servicios; la accesibilidad incluye transporte, costos indirectos y seguridad territorial; la aceptabilidad implica pertinencia cultural y respeto; y la calidad requiere estándares clínicos basados en evidencia. Un servicio puede existir, pero si es inaccesible o culturalmente hostil, el derecho no se cumple. Este principio conecta derechos con políticas públicas concretas.

El quinto principio es la privacidad y confidencialidad. En salud sexual y reproductiva, la privacidad es esencial para prevenir violencia y control coercitivo. En embarazo y parto, implica espacios adecuados, manejo responsable de información y respeto al pudor. La confidencialidad es

especialmente importante en comunidades pequeñas, donde la exposición de datos puede generar estigma. La falta de confidencialidad disminuye la búsqueda de atención y rompe la confianza. El sexto principio es la rendición de cuentas y reparación. Los derechos no se garantizan solo con protocolos; requieren mecanismos para denunciar maltrato, discriminación o violencia obstétrica, y para corregir fallas del sistema. Esto incluye canales de quejas seguros, auditorías, sanciones cuando corresponda y medidas de reparación. También implica participación social: que la comunidad tenga voz en la evaluación de servicios y en el diseño de políticas, especialmente en contextos interculturales.

4.2. Autonomía, consentimiento informado y toma de decisiones durante el parto

La autonomía durante el parto significa que la mujer es sujeto de derechos y decisiones, incluso en un contexto clínico donde existen riesgos y urgencias. No es un principio abstracto: se expresa en la posibilidad real de elegir, preguntar, comprender y consentir procedimientos. En la práctica, muchos conflictos obstétricos no surgen por la intervención en sí, sino por la forma en que se impone: sin explicación, sin alternativas, con presión o con trato humillante. Por ello, autonomía y seguridad clínica deben integrarse mediante comunicación efectiva y protocolos de decisión compartida.

El consentimiento informado en el parto no se reduce a firmar un documento. Es un proceso continuo que inicia desde el período prenatal con la preparación del plan de parto y se actualiza según la evolución clínica. Para que sea válido, debe incluir información clara sobre qué se propone, por qué se propone, cuáles son riesgos y beneficios, y qué alternativas existen. Además, debe verificarse comprensión. En contextos interculturales, el consentimiento exige adecuación lingüística y cultural: no se puede asumir entendimiento si el lenguaje es técnico o si existe barrera idiomática.

La toma de decisiones durante el parto ocurre en un entorno de incertidumbre y cambios rápidos. Por eso, la decisión compartida se apoya en tres reglas prácticas. Primero, anticipar: discutir en el prenatal escenarios probables (inducción, analgesia, episiotomía, cesárea) y registrar preferencias. Segundo, explicar en tiempo real: comunicar cada decisión con frases breves, sin amenazas, evitando tecnicismos. Tercero, documentar: registrar que se informó y que la mujer aceptó o rechazó, incluyendo razones y alternativas ofrecidas. Esto protege a la mujer y al equipo.

En un parto de bajo riesgo, la autonomía se expresa en decisiones de experiencia y confort: elegir acompañante, moverse libremente, decidir posiciones seguras, ingerir líquidos cuando sea permitido, y recibir apoyo emocional continuo. Estas decisiones impactan directamente la experiencia de la usuaria y pueden reducir su estrés, favoreciendo el proceso fisiológico. La restricción de estas prácticas debe estar justificada por criterios clínicos y explicada con respeto.

Restringir sin explicación se percibe como violencia obstétrica. En procedimientos específicos, el consentimiento debe ser especialmente claro. En la inducción o estimulación, se debe explicar por qué se recomienda, qué métodos se usarán y qué riesgos implica. En el uso de analgesia, se informa beneficios, límites y efectos. En la episiotomía o el uso de instrumentos, se explica indicación y alternativas. En la cesárea, se debe comunicar con precisión la urgencia, el riesgo de esperar y el plan quirúrgico, evitando frases coercitivas que anulen autonomía.

La autonomía no significa negar el riesgo. En emergencias, el consentimiento se adapta por el tiempo disponible, pero no desaparece. Se debe informar lo esencial: “hay un riesgo grave, debemos actuar así para protegerte a ti y al bebé”. Pedir permiso cuando sea posible, mantener privacidad y explicar pasos reduce trauma. Además, se debe evitar el uso de miedo como herramienta de control.

Un equipo competente puede ser firme en la urgencia sin ser violento ni humillante.

En contextos de partería e interculturalidad, la toma de decisiones se fortalece cuando existe mediación cultural. La presencia de partera tradicional o mediador ayuda a traducir significados, reducir ansiedad y facilitar comprensión. Sin embargo, se debe mantener un principio: el consentimiento es de la mujer, no del acompañante. Las redes de apoyo pueden orientar, pero no sustituir la voz de la gestante. Esto es crítico en escenarios donde existen dinámicas de control familiar o violencia.

La autonomía también exige condiciones institucionales: privacidad, tiempos de comunicación y cultura de respeto. Un sistema saturado tiende a “resolver rápido” sin explicar. Por ello, las políticas públicas deben considerar la autonomía como indicador de calidad: medir consentimiento informado, trato respetuoso y participación en decisiones. Además, deben existir canales de quejas y reparación cuando se vulneren derechos. La rendición de cuentas protege la autonomía como práctica, no como discurso.

4.3. No discriminación y enfoque de género en salud materna

La no discriminación en salud materna es un principio de derechos humanos que exige que todas las mujeres reciban atención oportuna, respetuosa y de calidad, sin diferencias injustificadas por etnia, lengua, edad, condición socioeconómica, discapacidad, estado migratorio, orientación sexual, lugar de residencia o cualquier otra condición. En la práctica obstétrica, la discriminación no solo vulnera dignidad; también produce efectos sanitarios: aumenta el miedo al servicio, retrasa la consulta, reduce adherencia a controles y agrava complicaciones por demoras. Por ello, la no discriminación es un requisito técnico de calidad, no un “valor adicional”.

El enfoque de género permite comprender por qué la discriminación se reproduce en la atención materna. El embarazo y el parto ocurren dentro de estructuras sociales donde las mujeres suelen cargar con trabajo doméstico, dependencia económica, control de movilidad y, en muchos casos,

violencia. Estas condiciones limitan la capacidad real de decidir y acceder a servicios. Un enfoque de género reconoce que la “elección” no siempre es libre: puede estar mediada por poder familiar, estigma, coerción o temor. Por eso, la atención materna debe proteger autonomía y crear condiciones para decisiones informadas. La discriminación en salud materna suele manifestarse de formas sutiles y normalizadas. Puede expresarse como trato humillante, burlas por idioma o nivel educativo, suposiciones sobre “irresponsabilidad” de adolescentes, o reproches morales a mujeres con múltiples embarazos. En contextos interculturales, la discriminación se agrava cuando se ridiculizan prácticas culturales o se ignoran necesidades de comunicación. También ocurre cuando se niega acompañamiento, se impide el uso de intérpretes o se restringen posiciones de parto por comodidad institucional y no por seguridad clínica.

El enfoque de género exige mirar también la violencia obstétrica como forma de discriminación estructural. Procedimientos sin consentimiento, negación de analgesia como castigo, amenazas, gritos o exposición del cuerpo sin privacidad son prácticas que se sostienen en relaciones desiguales de poder. Estas acciones se justifican como “necesarias” o “parte del servicio”, pero en realidad reflejan un modelo paternalista donde la mujer pierde agencia. La prevención requiere protocolos de parto respetado y sistemas de rendición de cuentas efectivos.

Para operacionalizar la no discriminación, el sistema debe aplicar la igualdad sustantiva: ofrecer apoyos diferenciados para compensar barreras reales. Esto incluye mediación lingüística para mujeres que no dominan el idioma predominante, ajustes de accesibilidad para discapacidad, horarios flexibles y servicios móviles para zonas rurales, y rutas seguras para adolescentes o mujeres en situación de violencia. La igualdad sustantiva entiende que tratar igual a quienes están en condiciones desiguales perpetúa inequidad; por ello, se requieren medidas específicas.

El enfoque de género también incorpora la corresponsabilidad y el rol de la pareja y la familia. En muchos casos, la mujer necesita apoyo para transporte, dinero y cuidado de otros hijos. Pero el enfoque de género establece un límite: el acompañamiento familiar no puede anular la decisión de la mujer. Los servicios deben generar espacios de privacidad para preguntar sobre violencia o control coercitivo, y ofrecer rutas de apoyo. Esto es especialmente importante en prenatal y puerperio, cuando la vulnerabilidad a violencia puede aumentar.

En el plano institucional, la no discriminación se traduce en estándares de atención. Se deben medir indicadores como: trato respetuoso, tiempo de espera, acceso a intérprete, consentimiento informado, privacidad y quejas por maltrato. La capacitación del personal debe incluir sesgos implícitos, comunicación intercultural y atención con enfoque de género. Sin embargo, la capacitación por sí sola no basta: se requieren mecanismos de supervisión, auditoría y respuesta.

La cultura institucional cambia cuando hay consecuencias frente a discriminación y cuando se reconoce el buen desempeño.

4.4. Violencia obstétrica: conceptos, manifestaciones, prevención y respuesta institucional

La violencia obstétrica se refiere a prácticas, acciones u omisiones en la atención del embarazo, parto y puerperio que vulneran la dignidad, la autonomía y la integridad física o emocional de las mujeres. No se limita a agresión explícita; incluye formas normalizadas de maltrato, coerción y deshumanización que se sostienen en relaciones de poder asimétricas entre personal de salud y usuarias. Desde una perspectiva de derechos, constituye una vulneración grave; desde salud pública, es un factor que reduce el uso oportuno de servicios, incrementa demoras y deteriora resultados materno-neonatales.

En términos conceptuales, la violencia obstétrica se entiende como una forma específica de violencia de género que ocurre en contextos de atención sanitaria. Se manifiesta cuando la mujer pierde control sobre decisiones, cuando se la humilla, cuando se realizan procedimientos sin consentimiento o cuando se restringen derechos sin justificación clínica. En contextos interculturales, puede combinarse con discriminación étnica y lingüística, lo que agrava la vulneración. Por ello, su análisis debe integrar autonomía, consentimiento informado, no discriminación y calidad de atención.

Las manifestaciones de violencia obstétrica pueden agruparse en cuatro categorías. La primera es la violencia verbal y psicológica, que incluye gritos, regaños, sarcasmo, amenazas (“si no haces caso se muere tu bebé”), culpabilización (“por eso te embarazaste”) y comentarios discriminatorios. Estas prácticas generan miedo, inhiben preguntas y pueden provocar trauma. La segunda es la violencia física o procedimental, que incluye tactos repetidos sin necesidad, maniobras dolorosas, episiotomías rutinarias, restricción injustificada de movilidad, o intervenciones sin explicación. La tercera es la violencia por omisión o negligencia, como retraso injustificado en atención, abandono, falta de manejo del dolor o negación de información. La cuarta es la violencia institucional, expresada en falta de privacidad, saturación, ausencia de intérpretes, restricciones arbitrarias de acompañamiento o protocolos que priorizan comodidad del servicio sobre derechos.

Un componente crítico es la falta de consentimiento informado. Procedimientos como inducción, ruptura artificial de membranas, uso de oxitocina, instrumentación o cesárea deben ser explicados con claridad y documentados. Cuando se actúa sin informar o se manipula con miedo, se vulnera la autonomía. Incluso en urgencias, el consentimiento debe adaptarse, no desaparecer: se informa lo esencial, se mantiene respeto y se evita exposición innecesaria. La forma de comunicar en emergencia determina si la intervención se vive como cuidado o como violencia. La prevención de violencia obstétrica requiere acciones en varios niveles. En el nivel clínico, se implementan

protocolos de parto respetado: acompañamiento, libertad de movimiento, privacidad, comunicación clara, consentimiento informado y uso de intervenciones basadas en evidencia. En el nivel formativo, se capacita al personal en enfoque de género, sesgos implícitos, comunicación intercultural y manejo del estrés en servicios saturados. En el nivel organizacional, se ajustan flujos, se controla el acceso a sala, se reduce exposición del cuerpo y se establecen estándares mínimos de trato. La prevención también exige medir. Indicadores como quejas, satisfacción usuaria, registro de consentimiento, acceso a intérprete y cumplimiento de acompañamiento permiten identificar patrones. La auditoría de historias clínicas puede detectar intervenciones rutinarias sin justificación o documentación insuficiente. Además, la participación comunitaria —parteras, comités de usuarias— ayuda a vigilar prácticas y a legitimar cambios. La violencia obstétrica se reduce cuando el sistema escucha activamente y responde con acciones correctivas.

La respuesta institucional debe ser clara, accesible y protectora. Primero, se requieren canales de queja seguros: presencia de mecanismos confidenciales, posibilidad de reportar sin represalia y acompañamiento para usuarias vulnerables. Segundo, protocolos de atención a la denuncia: recepción, investigación, medidas de protección y respuesta en tiempos definidos. Tercero, acciones correctivas: desde capacitación obligatoria hasta sanciones, según gravedad, y rediseño de procesos si el problema es estructural. Cuarto, reparación: disculpas institucionales, seguimiento de salud física y mental si hubo daño, y garantías de no repetición.

En contextos interculturales, la respuesta debe incorporar mediación cultural y lingüística. Muchas mujeres no denuncian por miedo, vergüenza o barreras idiomáticas. Un sistema que realmente responde debe permitir acompañamiento, traducción y orientación clara. Además, debe reconocer que la violencia no siempre es individual: puede estar arraigada en la organización del servicio. Por eso, la respuesta no puede centrarse solo en “culpar a alguien”; debe corregir condiciones que producen maltrato: sobrecarga, falta de privacidad y cultura institucional autoritaria.

4.5. Parto respetado como estándar de derechos: implementación y evaluación

El parto respetado se entiende como un estándar de atención basado en derechos, donde la mujer es protagonista del proceso y recibe cuidado seguro, digno y libre de violencia. No se limita a “trato amable”: incluye autonomía, consentimiento informado, privacidad, no discriminación, acompañamiento, comunicación comprensible y uso de intervenciones clínicas solo cuando están indicadas. Concebirlo como estándar de derechos implica que no depende de la voluntad individual del personal, sino de reglas institucionales, recursos y mecanismos de rendición de cuentas. La implementación del parto respetado inicia con su institucionalización normativa. El establecimiento debe definirlo como política de calidad y traducirlo en protocolos claros: derecho a acompañante, libertad de movimiento y posición cuando sea seguro, consentimiento informado

para procedimientos, manejo del dolor con opciones disponibles, privacidad física y respeto a identidad cultural y lingüística. Estos protocolos deben estar respaldados por directrices internas, responsabilidades asignadas y capacitación obligatoria. Sin gobernanza, el parto respetado queda como discurso sin consistencia. Un segundo componente de implementación es la organización del servicio. Muchos episodios de maltrato se generan en sistemas saturados y sin privacidad. Por ello, se requieren medidas operativas: control de flujo de personas en sala, biombos o cortinas para resguardar cuerpo, protocolos para disminuir tactos repetidos, asignación de personal para comunicación y apoyo emocional, y rutas rápidas de triage. La implementación efectiva no siempre requiere alta inversión, pero sí rediseño de procesos para priorizar dignidad y comunicación en cada turno.

El tercer componente es la competencia comunicacional del equipo. El parto respetado exige habilidades de comunicación en escenarios de estrés: explicar, pedir permiso, anticipar procedimientos y verificar comprensión. En territorios interculturales, esto incluye mediación lingüística y traducción cultural de signos y decisiones. La comunicación debe ser breve y concreta: “esto es lo que haremos y por qué”, evitando coerción o amenazas. Un indicador de implementación real es que la mujer sepa qué le hicieron y por qué, incluso en emergencias. Un cuarto componente es la integración del parto respetado con la gestión del riesgo. Respetado no significa “sin intervenciones”; significa intervenciones justificadas y consentidas. Se deben definir criterios clínicos para restringir movilidad o acompañamiento solo cuando exista riesgo real, y explicar esa razón. Cuando el equipo toma decisiones sin justificar, la usuaria interpreta control. La implementación debe formar al personal para sostener autoridad clínica sin vulnerar autonomía, usando protocolos basados en evidencia.

La evaluación del parto respetado debe medir tres dimensiones: cumplimiento de derechos, seguridad clínica y experiencia usuaria. En derechos, se evalúa consentimiento informado (documentado y comprendido), privacidad, no discriminación, acceso a acompañante y comunicación comprensible. En seguridad clínica, se revisa la oportunidad del triage, uso adecuado de intervenciones y resultados materno-neonatales. En experiencia usuaria, se mide trato, percepción de respeto, posibilidad de preguntar y sensación de control sobre el proceso.

Para evaluar con rigor, se combinan métodos cuantitativos y cualitativos. Cuantitativos: auditoría de historias clínicas (por ejemplo, registro de consentimiento), encuestas breves posparto y monitoreo de quejas. Cualitativos: entrevistas cortas, relatos de experiencia y grupos focales con usuarias y acompañantes. La evaluación debe incluir desagregación por grupos vulnerables (mujeres indígenas, adolescentes, migrantes, discapacidad) para detectar brechas de discriminación. Promedios generales pueden ocultar violencia focalizada. La rendición de cuentas es parte esencial

de la evaluación. No basta medir; se debe actuar. Un sistema maduro define metas, revisa indicadores periódicamente y aplica acciones correctivas: capacitación, cambios de flujo, refuerzo de mediación cultural, o medidas disciplinarias cuando corresponda. También debe existir retroalimentación a la comunidad: explicar mejoras implementadas y canales disponibles. Esto fortalece confianza y reduce subregistro de maltrato.

4.6. Partería tradicional y reconocimiento estatal: modelos de regulación comparada

El reconocimiento estatal de la partería tradicional responde a una tensión constante: por un lado, el Estado debe garantizar seguridad clínica y responsabilidad sanitaria; por otro, debe respetar derechos culturales, autonomía reproductiva y modelos comunitarios de cuidado. La regulación comparada muestra que no existe un “modelo único”, sino familias de enfoques que varían según historia, estructura del sistema de salud, pluralidad cultural y nivel de institucionalización de la partería. Lo importante es cómo cada modelo gestiona tres ejes: reconocimiento, competencias/alcance y articulación.

Un primer modelo es el modelo restrictivo o de tolerancia informal. La partería tradicional no está plenamente reconocida, opera en un “vacío normativo” o bajo tolerancia local. Esto suele producir ambigüedad: no hay rutas claras de referencia/contrarreferencia, no existen estándares mínimos de higiene o registro, y las parteras pueden ser estigmatizadas o perseguidas. Su consecuencia típica es la fragmentación: la mujer circula entre comunidad y sistema formal sin coordinación, elevando demoras y subregistro de riesgos.

Un segundo modelo es el modelo de reconocimiento cultural sin integración sanitaria fuerte. Aquí el Estado reconoce la existencia de parteras como patrimonio o práctica cultural, pero no define mecanismos operativos de coordinación. Se promueve respeto simbólico, pero sin herramientas: no hay protocolos compartidos, ni capacitación bidireccional sostenida, ni canales de comunicación. Este modelo mejora legitimidad cultural, pero puede quedarse corto en reducción de riesgos si no aterriza en flujos clínicos y responsabilidades.

Un tercer modelo es el modelo de integración colaborativa (el más cercano a una política pública intercultural). Reconoce a la partera tradicional como actor comunitario y establece reglas de coordinación con atención primaria: referencia temprana por señales de alarma, contrarreferencia posparto, roles definidos y mecanismos de comunicación. En este modelo, el Estado no “convierte” a la partera en personal hospitalario, sino que crea acuerdos operativos: paquetes mínimos de formación, registro simplificado, participación en educación comunitaria y rutas de emergencia obstétrica. Un cuarto modelo es el modelo de certificación o acreditación por competencias, que busca estandarizar un mínimo de prácticas seguras sin eliminar identidad cultural. Puede incluir evaluación práctica, reconocimiento de trayectoria y módulos formativos

focalizados (higiene, signos de alarma, derivación, cuidados básicos del puerperio). Su ventaja es que formaliza sin exigir escolaridad completa. Su riesgo es burocratizar o excluir a parteras mayores o de territorios aislados si los requisitos no son realistas. Un quinto modelo es el modelo profesionalizante, donde la atención del parto se asigna principalmente a partería profesional (midwifery) con formación formal y regulación sanitaria, y la partería tradicional queda relegada a acompañamiento cultural o educación comunitaria. Este enfoque puede elevar estandarización, pero si se implementa sin mediación intercultural puede aumentar desconfianza, invisibilizar redes comunitarias y reforzar discriminación. La evidencia práctica sugiere que profesionalizar sin territorialidad puede empeorar acceso en zonas rurales.

De forma transversal, la regulación comparada muestra cuatro criterios de calidad para cualquier modelo: (1) claridad de roles y alcance de práctica, (2) rutas de coordinación con APS y servicios resolutivos, (3) mecanismos de formación continua y supervisión no punitiva, y (4) protección de derechos (autonomía, no discriminación, privacidad y parto respetado). En síntesis, el reconocimiento estatal efectivo no se mide por una declaración legal, sino por la capacidad del sistema para articular seguridad clínica con legitimidad cultural, reduciendo demoras y fortaleciendo continuidad del cuidado materno en el territorio.

4.7. Certificación, formación y acreditación: opciones y riesgos de estandarización

La certificación, la formación y la acreditación son herramientas de política pública utilizadas para reconocer la partería —tradicional o comunitaria— y fortalecer su contribución a la seguridad materna. Bien diseñadas, permiten establecer mínimos de calidad, mejorar coordinación con atención primaria y proteger a las mujeres frente a prácticas riesgosas. Mal diseñadas, pueden convertirse en mecanismos de exclusión, burocratización o “desculturización” que debilitan redes comunitarias y reducen acceso en territorios rurales. Por ello, este tema requiere un enfoque crítico: identificar opciones viables y anticipar riesgos de estandarización.

La certificación suele entenderse como un reconocimiento de competencias, experiencia o trayectoria. Una opción es la certificación por competencias demostradas, que evalúa habilidades prácticas (reconocimiento de señales de alarma, higiene, referencia oportuna, cuidados básicos del puerperio y del recién nacido) sin exigir escolaridad formal elevada. Este enfoque es más inclusivo para parteras mayores o con baja alfabetización, porque prioriza desempeño real. Otra opción es la certificación por trayectoria comunitaria, basada en validación local y evidencia de práctica sostenida, complementada con módulos de actualización. La formación puede organizarse en niveles. Un nivel mínimo se orienta a “seguridad y articulación”: signos de alarma, prevención de infecciones, manejo inicial de emergencias mientras llega el traslado, y protocolos de referencia/contrarreferencia. Un nivel intermedio incorpora educación comunitaria, lactancia,

salud mental perinatal y registro comunitario. Un nivel avanzado podría incluir técnicas de evaluación más complejas, siempre con claridad de límites (qué puede hacer la partera y qué requiere derivación). La formación efectiva es modular, práctica y contextual; un curso extenso, teórico y urbano suele fracasar en territorio. La acreditación suele aplicarse a instituciones, programas o redes, no solo a individuos. Una acreditación de redes de partería comunitaria puede exigir estándares operativos: coordinación con APS, registro básico, participación en educación comunitaria y protocolos de emergencia. Esto desplaza el enfoque del “control individual” hacia la capacidad de un sistema comunitario para sostener seguridad. La acreditación, si se diseña bien, fortalece gobernanza territorial y evita que la partera quede sola ante riesgos.

Sin embargo, la estandarización tiene riesgos importantes. El primero es la exclusión por requisitos irreales, como exigir escolaridad formal, trámites complejos, costos de inscripción o desplazamientos largos. Esto tiende a expulsar a parteras de territorios aislados, precisamente donde más se necesitan. El segundo riesgo es la burocratización, cuando el programa se centra en papeles y no en mejora de capacidades. Si la partera dedica su energía a cumplir formularios sin apoyo real, se pierde el sentido sanitario.

Un tercer riesgo es la deslegitimación cultural. Cuando la formación se plantea como “corrección” de la partería, la comunidad puede percibir que el Estado intenta reemplazar sus saberes. Esto puede romper confianza y disminuir la cooperación. La estandarización debe evitar un enfoque colonial: no se trata de “civilizar” prácticas, sino de acordar mínimos de seguridad y construir articulación. El cuarto riesgo es la responsabilización punitiva: si la certificación se usa para culpar a parteras por resultados adversos sin considerar transporte, pobreza o fallas institucionales, las parteras evitarán derivar o se retirarán.

Para reducir estos riesgos, se recomiendan criterios de diseño. Primero, inclusividad territorial: requisitos simples, gratuitos o de bajo costo, con formación en el territorio y materiales visuales. Segundo, evaluación práctica y acompañamiento, no exámenes académicos. Tercero, un enfoque de mejora continua: recertificación basada en actualización y participación, no en castigo. Cuarto, protección legal clara: definir alcance de práctica y asegurar que la partera no sea penalizada por derivar o por actuar dentro de roles acordados. Quinto, participación comunitaria en diseño y evaluación, para sostener legitimidad.

4.8. Límites de práctica y responsabilidad profesional: seguridad y protección de la usuaria

Definir límites de práctica y responsabilidad profesional es una condición esencial para proteger a la usuaria y para sostener modelos interculturales sin ambigüedad. Cuando no existen límites claros, se producen dos riesgos opuestos: por un lado, la partería tradicional puede asumir situaciones de alto riesgo sin recursos adecuados; por otro, el sistema formal puede restringir de forma

injustificada la participación comunitaria, generando desconfianza y demoras. Un enfoque de derechos y seguridad exige delimitar qué puede hacerse en comunidad, cuándo debe intervenir la atención primaria y en qué escenarios corresponde referencia inmediata. Los límites de práctica se fundamentan en el criterio de capacidad resolutive. Ningún actor —partera tradicional, agente comunitario o servicio de primer nivel— debería asumir procedimientos para los cuales no cuenta con condiciones mínimas de seguridad, insumos, formación y soporte de referencia. En partería tradicional, el límite central suele estar en la gestión de emergencias obstétricas: hemorragia, preeclampsia/eclampsia, sepsis, parto obstruido y sufrimiento fetal. Estas situaciones requieren evaluación clínica, monitoreo y capacidad de intervención que exceden el ámbito comunitario, por lo que el estándar debe ser derivación oportuna.

Para operacionalizar límites, es útil definir un paquete de prácticas permitidas y un paquete de prácticas prohibidas o restringidas, según el modelo local. Entre las prácticas generalmente compatibles están: acompañamiento continuo, educación comunitaria, apoyo emocional, promoción de controles prenatales, vigilancia de señales de alarma, preparación del plan de emergencia, cuidados básicos de higiene, y apoyo en lactancia y puerperio. En cambio, se restringen prácticas como inducción o aceleración del parto con preparados uterotónicos, maniobras abdominales forzadas, tactos repetidos sin condiciones de higiene y privacidad, o cualquier intervención invasiva sin soporte clínico.

La responsabilidad profesional debe entenderse como una cadena compartida y trazable. La partera tradicional responde por actuar dentro de su alcance acordado, por referir oportunamente y por no ocultar información relevante sobre prácticas realizadas. El sistema de salud responde por garantizar acceso, trato respetuoso, triage oportuno y contrarreferencia al territorio. Cuando se culpa únicamente a la partera por un desenlace adverso, se ignoran determinantes estructurales como transporte, pobreza o saturación hospitalaria. La responsabilidad real se distribuye según funciones y capacidades.

Para proteger a la usuaria se requieren mecanismos concretos. Uno es el registro mínimo de eventos: edad gestacional estimada, signos observados, acciones realizadas y derivaciones. Esto no busca burocratizar; busca trazabilidad y continuidad. Otro mecanismo es la comunicación formal con atención primaria: canales para alertar casos de riesgo, coordinar traslados y compartir recomendaciones posparto. Un tercero es la supervisión no punitiva: espacios de revisión de casos con enfoque de aprendizaje, donde se analizan demoras y se mejoran rutas sin criminalizar prácticas culturales. Los límites de práctica también protegen la autonomía de la mujer. La claridad de roles evita que la usuaria reciba mensajes contradictorios o que se le presione a “elegir” entre comunidad y hospital. Un modelo seguro plantea opciones según riesgo: bajo riesgo con acompañamiento

intercultural y vigilancia; riesgo moderado/alto con atención institucional, manteniendo pertinencia cultural y acompañamiento. La usuaria debe saber que derivar no significa fracaso cultural; significa priorizar seguridad cuando hay señales de alarma. Desde el punto de vista institucional, definir límites exige guías operativas y protección legal. Si la partera deriva temprano y el servicio la humilla, la coordinación se rompe. Si la partera teme sanción, puede retrasar derivación. Por ello, un modelo de protección debe incluir acuerdos de no culpabilización, rutas rápidas para derivaciones comunitarias y reconocimiento del rol de la partera como aliada de la seguridad. La protección de la usuaria depende de que el sistema valore la derivación como acto de cuidado, no como incompetencia.

4.9. Integración en redes de salud: remuneración, incentivos y coordinación territorial

Integrar la partería tradicional y los agentes comunitarios en redes de salud implica pasar de una relación informal —basada en contactos personales— a una coordinación territorial sostenida, con roles definidos, mecanismos de referencia/contrarreferencia y reconocimiento material y simbólico del trabajo comunitario. En términos de política pública, esta integración tiene tres componentes inseparables: remuneración o compensación, incentivos adecuados y coordinación territorial. Si uno falla, el modelo se vuelve frágil: la red se desactiva, la derivación se retrasa y la comunidad pierde confianza.

La remuneración es un tema sensible porque la partería tradicional históricamente ha sido trabajo de cuidado no pagado o remunerado de manera informal. Sin embargo, cuando el Estado integra funciones comunitarias (visitas domiciliarias, educación, registro, acompañamiento y activación de emergencia), se produce una demanda de tiempo, transporte y responsabilidad. Ignorar este costo desplaza el peso hacia mujeres cuidadoras y reproduce desigualdad. Por ello, los modelos de integración suelen explorar compensaciones: estipendios, pagos por actividad, viáticos, o contratación parcial según marco legal local.

El diseño de remuneración debe evitar dos errores. El primero es pagar solo por “número de atenciones” sin considerar calidad, porque genera incentivos perversos: sobre-registro o atención apresurada. El segundo es pagar sin claridad de roles, lo que crea conflictos con personal sanitario y puede derivar en punitivismo. La remuneración debe vincularse a funciones compatibles con seguridad: educación comunitaria, seguimiento, registro y derivación oportuna, no a procedimientos que exceden el alcance acordado. Además, debe incluir cobertura de transporte y comunicación, que son costos reales en territorio. Los incentivos no necesariamente son solo monetarios. Existen incentivos materiales (kits básicos de higiene, guantes, linternas, teléfonos o recargas), incentivos formativos (acceso a capacitación, certificaciones por competencias) e incentivos simbólicos (reconocimiento público, credenciales, participación en comités locales de

salud). En muchos territorios, la legitimidad social es un incentivo potente, pero debe sostenerse con respeto institucional. Si el hospital ridiculiza a la partera, ningún incentivo compensa esa deslegitimación. Un punto crítico es diseñar incentivos que promuevan la derivación oportuna. Un incentivo mal diseñado puede empujar a “retener casos” para demostrar capacidad, aumentando riesgo. En cambio, un sistema adecuado reconoce la derivación como acto de cuidado y puede incluir indicadores de coordinación: porcentaje de gestantes acompañadas que completan control prenatal, uso del plan de emergencia, y contrarreferencia efectiva. En este enfoque, el éxito no es “hacer todo en comunidad”, sino reducir demoras y asegurar continuidad del cuidado.

La coordinación territorial requiere gobernanza local. Se recomienda una mesa o comité de coordinación con APS, parteras, agentes comunitarios y liderazgos comunitarios. Este espacio define rutas, actualiza mapas de transporte, revisa casos y ajusta protocolos. La coordinación también incluye mecanismos de comunicación rápida: contactos, radios comunitarias, mensajería y puntos de referencia. En territorios con dispersión geográfica, la coordinación se vuelve logística: sin rutas reales, el plan de emergencia no funciona.

Integrar redes también exige interoperabilidad mínima de información. Registros comunitarios simples deben conectarse con APS para facilitar seguimiento y triage. No se trata de digitalizar todo, sino de asegurar datos críticos: semanas de gestación, riesgos, señales de alarma, derivaciones y resultados. La coordinación mejora cuando APS contrarreferencia al territorio y cuando la red comunitaria puede continuar seguimiento puerperal y lactancia. La continuidad se construye con información que circula, no con acciones aisladas.

La integración en redes debe proteger derechos y evitar precarización. La partería comunitaria no puede convertirse en “mano de obra barata” que suple fallas estructurales del sistema formal. La política pública debe asegurar que la red comunitaria complemente y fortalezca APS, no la reemplace. Esto implica financiamiento sostenido, supervisión no punitiva, y mecanismos de queja y protección tanto para usuarias como para parteras.

4.10. Protección de saberes ancestrales: propiedad intelectual colectiva y salvaguardia

La protección de saberes ancestrales vinculados a la partería y al cuidado materno implica reconocer que no se trata solo de “conocimientos útiles”, sino de patrimonio vivo, identidad colectiva y base de sistemas comunitarios de salud. Estos saberes —prácticas, técnicas, plantas, ritualidades, lenguajes y formas de acompañamiento— suelen transmitirse de manera intergeneracional y, por su naturaleza comunitaria, no encajan fácilmente en modelos clásicos de propiedad intelectual diseñados para creaciones individuales. Por ello, el enfoque adecuado combina propiedad intelectual colectiva con mecanismos de salvaguardia cultural y sanitaria. La propiedad intelectual colectiva busca evitar la apropiación indebida (biopiratería, explotación comercial sin

consentimiento, patentamiento de conocimientos tradicionales por terceros) y asegurar que las comunidades mantengan control sobre el uso de sus saberes. En el campo de la partería, esto es especialmente relevante cuando empresas o actores externos intentan “extraer” recetas, preparados o técnicas para productos, cursos o investigaciones, sin retornar beneficios ni reconocer la autoría colectiva. La protección no pretende “cerrar” el conocimiento, sino establecer reglas de uso justo: consentimiento previo, condiciones de acceso y distribución equitativa de beneficios.

Un principio rector es el consentimiento libre, previo e informado de la comunidad, no solo de personas individuales. En investigaciones, proyectos de salud o programas de formación, esto implica consultar a autoridades comunitarias y a portadoras del saber (parteras), explicar objetivos, riesgos, usos de la información y posibles impactos. El consentimiento debe incluir qué se documenta, dónde se almacena, quién accede, y si se permite difusión pública. Sin este control, la documentación puede convertirse en una forma de despojo simbólico, incluso cuando se presenta como “rescate cultural”.

La salvaguardia complementa la dimensión de propiedad intelectual. Salvaguardar significa asegurar continuidad, transmisión y dignidad del saber en el tiempo, evitando tanto la desaparición como la folklorización (convertir prácticas vivas en espectáculo o en versión “museificada” sin función comunitaria). En partería, la salvaguardia incluye fortalecer espacios de aprendizaje intergeneracional, registro comunitario con reglas de confidencialidad, reconocimiento social del rol de las parteras y protección frente a estigmatización institucional. Salvaguardar es sostener el ecosistema social donde el conocimiento tiene sentido.

Un riesgo frecuente es la estandarización descontextualizada: traducir saberes ancestrales a manuales rígidos sin cosmovisión ni criterios comunitarios. Esto puede romper legitimidad y reducir eficacia cultural. Por eso, la salvaguardia debe ser participativa: la comunidad decide qué se comparte, qué se reserva y cómo se transmite. En prácticas relacionadas con plantas medicinales, además, la salvaguardia debe incorporar criterios de seguridad: límites de uso en embarazo, advertencias sobre preparados uterotónicos y protocolos de derivación ante signos de alarma. y documentación con consentimiento comunitario y acuerdos de beneficio compartido; programas de fortalecimiento cultural y relevo generacional; y articulación con atención primaria para que el saber se integre sin ser absorbido ni criminalizado.

4.11. Marco Jurídico y Evolución de las Políticas de Salud Materna en Ecuador.

El reconocimiento de la obstetricia ancestral en el Ecuador no ha sido una concesión gratuita del Estado, sino el resultado de décadas de movilización social liderada por organizaciones indígenas como la CONAIE. La trayectoria legal refleja un cambio de paradigma desde la asimilación hacia la plurinacionalidad.

El Hito Constitucional de 1998 y 2008

La Constitución de 1998 marcó el inicio del reconocimiento formal al declarar al Ecuador como un estado pluricultural y multiétnico. En su artículo, mandaba al Estado a reconocer, respetar y promover el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa. Sin embargo, fue la Constitución de 2008 la que profundizó este mandato al integrar el concepto del Sumak Kawsay o Buen Vivir como eje estratégico del Estado. Bajo este marco, la salud es un derecho garantizado por el Estado a través de políticas que aseguren la promoción de la salud y la interrelación con la medicina tradicional.

Normativas Técnicas y Acuerdos Ministeriales

A partir de 1999, con la creación de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI), se iniciaron esfuerzos para legalizar las prácticas tradicionales y construir modelos que humanizaran los servicios. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002) estableció el principio de "Pluralidad", permitiendo la coexistencia de diversos sistemas de salud y reconociendo a los agentes de medicina tradicional como integrantes del sistema nacional.

Tabla 2.

Marco legal ecuatoriano relacionado con la atención intercultural y la obstetricia tradicional

Instrumento Legal	Año	Disposición Principal
Constitución de la República	2008	Art. 360: El sistema de salud garantizará la medicina ancestral.
Guía Técnica de Parto Culturalmente Adecuado	2008	Obligatoriedad de permitir la libre posición y acompañamiento.
Ley de Maternidad Gratuita (LMGAI)	2002	Financiamiento de prestaciones con enfoque intercultural.
Plan Nacional de Reducción de Muerte Materna	2008	Integración de parteras tradicionales en la red CONE.

Nota: La tabla presenta los principales instrumentos normativos del Ecuador que respaldan la inclusión de la medicina ancestral y el enfoque intercultural en la atención materna, reconociendo el rol de las parteras tradicionales dentro del sistema nacional de salud.

Este andamiaje legal permite que, hoy en día, las unidades de salud del MSP deban cumplir obligatoriamente con lineamientos metodológicos para la atención del embarazo, parto y posparto con enfoque intercultural. La normativa actual exige la eliminación de rutinas innecesarias como el rasurado público, la aplicación de enemas y la episiotomía rutinaria, favoreciendo prácticas basadas en la evidencia que coinciden con el respeto a la fisiología del parto ancestral.

GLOSARIO TÉCNICO DE OBSTETRICIA ANCESTRAL E INTERCULTURALIDAD

A

Acompañamiento emocional: apoyo afectivo brindado a la gestante durante el embarazo, parto y puerperio para reducir ansiedad y fortalecer el bienestar materno.

Atención materno-perinatal: conjunto de cuidados dirigidos a la salud de la madre y del recién nacido antes, durante y después del parto.

Autocuidado prenatal: prácticas realizadas por la gestante para mantener su bienestar físico y emocional durante el embarazo.

Adecuación intercultural: adaptación de los servicios de salud para respetar prácticas culturales y lingüísticas de las comunidades.

Alumbramiento: etapa final del parto en la que ocurre la expulsión de la placenta y membranas fetales.

B

Barreras lingüísticas: dificultades de comunicación entre pacientes y personal de salud por diferencias de idioma o lenguaje cultural.

Biomecánica pélvica: estudio del movimiento y funcionamiento de la pelvis durante el trabajo de parto.

Bienestar materno: estado integral de salud física, emocional y social de la mujer gestante.

Baños de hierbas: preparados tradicionales utilizados para relajación, higiene o recuperación posparto.

Bendiciones rituales: prácticas espirituales realizadas para brindar protección a la madre y al recién nacido.

C

Cosmovisión: conjunto de creencias y valores culturales que orientan la comprensión del embarazo y el parto.

Contrarreferencia: retorno de la paciente al nivel comunitario o primario luego de recibir atención especializada.

Cuidado prenatal: atención orientada a proteger la salud de la madre y del feto durante la gestación.

Complicaciones obstétricas: alteraciones o problemas que ponen en riesgo la salud materna o fetal.

Consentimiento informado: aceptación libre y consciente de procedimientos médicos tras recibir información adecuada.

D

Determinantes sociales: factores económicos, culturales y ambientales que influyen en la salud materna.

Derivación oportuna: traslado inmediato de la gestante a un centro de mayor complejidad ante signos de riesgo.

Dolor lumbar gestacional: molestia frecuente en la zona baja de la espalda durante el embarazo.

Desigualdad de género: condición social que limita el acceso equitativo de las mujeres a servicios y derechos.

Dieta puerperal: alimentación recomendada durante el periodo posterior al parto para favorecer la recuperación.

E

Embarazo: proceso fisiológico de gestación del feto dentro del útero materno.

Equilibrio corporal: estado de armonía física y emocional promovido por prácticas tradicionales de cuidado.

Etnomedicina: sistema de conocimientos médicos propios de una cultura o comunidad específica.

Estabilidad emocional: condición psicológica favorable que contribuye al bienestar de la gestante.

Expulsivo: fase del parto en la que ocurre la salida del bebé a través del canal de parto.

F

Fiebre puerperal: elevación de la temperatura corporal posterior al parto asociada a posibles infecciones.

Fractura emocional: afectación psicológica causada por experiencias traumáticas durante el embarazo o parto.



GLOSARIO TÉCNICO DE OBSTETRICIA ANCESTRAL E INTERCULTURALIDAD

Factores de riesgo: condiciones que aumentan la probabilidad de complicaciones maternas o neonatales.

Feto: ser humano en desarrollo dentro del útero después de la etapa embrionaria.

G

Gestación: periodo comprendido desde la fecundación hasta el nacimiento del bebé.

Ginecobstetricia: especialidad médica enfocada en la salud reproductiva femenina y el embarazo.

Gestante: mujer que se encuentra en estado de embarazo.

Guía intercultural: orientación sanitaria que integra prácticas culturales y criterios clínicos seguros.

Grupos vulnerables: poblaciones con mayor riesgo de exclusión o dificultades de acceso a servicios de salud.

H

Hemorragia obstétrica: pérdida excesiva de sangre durante el embarazo, parto o puerperio.

Hipertensión gestacional: aumento de la presión arterial asociado al embarazo.

Herbolaria: uso tradicional de plantas medicinales con fines terapéuticos.

Hidratación materna: mantenimiento adecuado de líquidos en el organismo de la gestante.

Humanización del parto: enfoque de atención que prioriza el respeto, dignidad y autonomía de la mujer.

I

Interculturalidad: interacción respetuosa entre diferentes culturas dentro de los sistemas de salud.

Infusión medicinal: preparación líquida elaborada con plantas para aliviar síntomas o malestares.

Identidad comunitaria: sentido de pertenencia cultural compartido por una comunidad.

Involución uterina: proceso de retorno del útero a su tamaño normal después del parto.

Intervención preventiva: acción destinada a evitar riesgos o complicaciones de salud.

J

Jerarquía comunitaria: estructura social que otorga reconocimiento y autoridad a ciertos miembros de la comunidad.

Jornada reproductiva: conjunto de etapas relacionadas con embarazo, parto y puerperio.

Juicio clínico: valoración profesional realizada para identificar riesgos o necesidades de atención.

Justicia sanitaria: principio de acceso equitativo a servicios de salud para toda la población.

Jeringa obstétrica: instrumento utilizado para procedimientos médicos relacionados con la atención materna.

L

Lactancia materna: alimentación del recién nacido mediante leche producida por la madre.

Lenguaje biomédico: terminología técnica utilizada por profesionales de la salud.

Linaza: planta utilizada tradicionalmente por sus propiedades relajantes y digestivas.

Limpias rituales: prácticas culturales orientadas a protección espiritual y emocional.

Lumbalgia gestacional: dolor en la región lumbar relacionado con cambios físicos del embarazo.

M

Mortalidad materna: fallecimiento de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio.

Medicina tradicional: conjunto de conocimientos y prácticas de salud transmitidos culturalmente.

Movilidad pélvica: capacidad de movimiento de la pelvis que favorece el trabajo de parto.

Masajes prenatales: técnicas manuales utilizadas para aliviar tensión y molestias durante el embarazo.

Morbilidad neonatal: presencia de enfermedades o complicaciones en el recién nacido.

N

Neonato: recién nacido durante los primeros días de vida.

Nutrición materna: alimentación adecuada destinada a mantener la salud de la madre y del feto.

Nacimiento vertical: modalidad de parto en posición erguida o semi erguida.

Normas comunitarias: reglas culturales que orientan prácticas de cuidado materno.

Náuseas gestacionales: malestar digestivo frecuente durante el embarazo.



GLOSARIO TÉCNICO DE OBSTETRICIA ANCESTRAL E INTERCULTURALIDAD

O

Obstetricia ancestral: conjunto de saberes tradicionales relacionados con el embarazo y el parto.

Obstetricia clínica: especialidad médica dedicada al cuidado científico del embarazo y parto.

Oralidad: transmisión verbal de conocimientos entre generaciones.

Oxigenación fetal: suministro de oxígeno al feto durante la gestación y el parto.

Observación empírica: aprendizaje basado en experiencia práctica y repetición de casos.

P

Partería tradicional: práctica comunitaria de atención del embarazo y parto basada en conocimientos ancestrales.

Puerperio: periodo de recuperación posterior al parto.

Placenta: órgano temporal que conecta al feto con la madre durante el embarazo.

Parto respetado: atención del nacimiento centrada en los derechos y decisiones de la mujer.

Pertinencia cultural: adecuación de los servicios de salud a las creencias y prácticas de una comunidad.

Q

Quebranto materno: estado de agotamiento físico o emocional relacionado con el embarazo o parto.

Quinua: alimento tradicional rico en nutrientes utilizado en dietas prenatales y puerperales.

Quirófano obstétrico: sala especializada para procedimientos quirúrgicos relacionados con el parto.

Quejido fetal: sonido emitido por el recién nacido que puede indicar dificultad respiratoria.

Quiste ovárico: formación de contenido líquido desarrollada en el ovario.

R

Referencia sanitaria: envío de una paciente a un servicio de mayor complejidad médica.

Riesgo obstétrico: probabilidad de complicaciones durante el embarazo o parto.

Rituales de gestación: prácticas culturales realizadas para protección y bienestar de la embarazada.

Recuperación posparto: proceso físico y emocional posterior al nacimiento.

Reposo puerperal: periodo de descanso recomendado después del parto.

S

Sobadas: técnicas manuales tradicionales utilizadas para aliviar molestias corporales.

Salud pública materna: conjunto de estrategias orientadas a proteger la salud de madres y recién nacidos.

Sangrado vaginal: pérdida de sangre relacionada con alteraciones obstétricas.

Signos de alarma: síntomas que indican posible complicación y requieren atención inmediata.

Sistema de referencia: mecanismo de coordinación entre distintos niveles de atención médica.

T

Tamizaje prenatal: evaluación preventiva para detectar riesgos o enfermedades durante el embarazo.

Técnicas corporales: prácticas físicas utilizadas para aliviar molestias o facilitar el parto.

Trabajo de parto: proceso fisiológico que culmina con el nacimiento del bebé.



GLOSARIO TÉCNICO DE OBSTETRICIA ANCESTRAL E INTERCULTURALIDAD

Triage comunitario: identificación inicial de riesgos realizada por actores comunitarios.

Transmisión intergeneracional: paso de conocimientos y prácticas entre generaciones.

U

Útero: órgano reproductor femenino donde se desarrolla el embarazo.

Uso terapéutico: aplicación de prácticas o recursos con finalidad de mejorar la salud.

Urgencia obstétrica: situación crítica que requiere atención médica inmediata.

Usuaría gestante: mujer embarazada que recibe atención sanitaria.

Unidad neonatal: área hospitalaria destinada al cuidado especializado del recién nacido.

V

Violencia obstétrica: trato deshumanizado o irrespetuoso hacia la mujer durante la atención del parto.

Vigilancia prenatal: seguimiento continuo del estado de salud de la gestante.

Vaporizaciones medicinales: uso de vapor de plantas para fines terapéuticos tradicionales.

Vulnerabilidad materna: condición de riesgo físico, emocional o social durante el embarazo.

Verticalidad del parto: posición erguida adoptada durante el nacimiento.

Y

Yodo prenatal: micronutriente esencial para el desarrollo neurológico fetal.

Yerbatería tradicional: práctica de preparación y uso de plantas medicinales.

Yacente fetal: posición del feto dentro del útero materno.

Yema placentaria: estructura embrionaria relacionada con el desarrollo temprano fetal.

Yunta comunitaria: apoyo colectivo brindado a la gestante por miembros de la comunidad.

Z

Zona pélvica: región anatómica involucrada en el embarazo y el parto.

Zumbidos auditivos: percepción sonora asociada en ocasiones a hipertensión gestacional.

Zigoto: célula inicial formada tras la fecundación del óvulo.

Zoonosis gestacional: enfermedad transmisible de animales a humanos con riesgo en el embarazo.

Zafra alimentaria: periodo de disponibilidad de alimentos tradicionales utilizados en dietas maternas.



Autores:



OBST. JÉSSICA ALEXANDRA TUFÍÑO MACAS. MG.

Biografía

Obstetra de profesión reside en la ciudad de Quevedo. Realizó sus estudios de pregrado en la Universidad Central del Ecuador. Posteriormente continuó su formación en la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa obteniendo el diploma en la prevención primaria y secundaria del cáncer de cuello uterino. Además obtuvo el título de magíster en Salud Pública en la Universidad de las Américas. Su experiencia abarca los ámbitos asistenciales, administrativo, docente e investigativo con la publicación de diferentes artículos. Actualmente ejerce la docencia en la carrera de Obstetricia de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes.



OBST. ERIKA YESENIA INGA GUALOTUÑA. MG.

Biografía

Obstetriz graduada de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, posteriormente continuó con su formación académica en la Universidad de Concepción de Chile. Cuenta con experiencia en atención integral a la salud sexual y reproductiva en mujeres y adolescentes. Actualmente se desempeña como docente de la carrera de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas en la Universidad Regional Autónoma de Los Andes.



OBSTA. DENIS ALFREDO ARÉVALO JUMBO. MG.

Biografía

Obstetra egresado de la Universidad Estatal de Guayaquil. Cursa estudios de posgrado en la Universidad de las Américas como Magíster en Salud Pública, siendo posteriormente salubrista e investigador. Se desempeña como docente universitario y coordinador de internado en la carrera de Obstetricia de la Universidad Regional Autónoma de los Andes. Su experiencia clínica y académica ha orientado su interés hacia la bioética aplicada a la obstetricia, entendida como un espacio de deliberación responsable frente a decisiones que afectan profundamente la vida, la dignidad y la autonomía de las mujeres. "La práctica obstétrica responsable integra evidencia científica, juicio ético y respeto por la autonomía de la mujer."



DRA. MARÍA NORQUIS COLÁS BRUZÓN. ESP.

Biografía

Doctora graduada de la Facultad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba; posteriormente continuó con su formación académica en esta universidad y luego en la Universidad de Holguín. Cuenta con experiencia en atención integral familiar. Actualmente se desempeña como docente de la carrera de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas en la Universidad Regional Autónoma de Los Andes.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Maternal mortality. WHO Fact sheet; 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. UNFPA. State of World Population 2021: My body is my own. UNFPA; 2021. Available from: <https://www.unfpa.org/swop>
3. WHO, UNFPA, UNICEF. Standards for maternal and neonatal care. Geneva: World Health Organization; 2017.
4. Diniz D, Chacham AS. Violência obstétrica e sua relevância no contexto da saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:25. doi:10.11606/S1518-8787.2018052000794.
5. García-Fernández JM, Gómez-de la Cruz M. Evidencias sobre la violencia obstétrica en América Latina. *Ginecol Obstet Mex*. 2019;87(3):157-63.
6. Campos MA, Rodrigues AJ, Ezequiel O, Lopes J, Machado RM. Cuidado tradicional e práticas culturais durante o parto: um estudo em comunidades indígenas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(12):e00064720. doi:10.1590/0102-311x00064720.
7. Buitrago G, Vásquez H. Derechos reproductivos y salud materna en América Latina. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2017;68(3):225-30.
8. Varela G, Aguilera I, Amador D. Partería tradicional y salud intercultural en América Latina. *Salud Pública Méx*. 2018;60(3):318-26.
9. López-Carrillo L, Nava M, González L, Sánchez R. Prácticas de partería tradicional en comunidades rurales de México. *Salud Pública Méx*. 2019;61(6):689-97. doi:10.21149/10696.
10. Dobson R, Salazar G, Álvarez N. El parto respetado: análisis y propuestas de implementación en el sistema público de salud. *Ginecol Obstet Mex*. 2020;88(5):249-56.
11. Borrero M, Díaz R. La salud sexual y reproductiva en el contexto de los pueblos indígenas de América Latina. *Reprod Health Matters*. 2020;28(56):24-32. doi:10.1080/09688080.2020.1753574.
12. Ordoñez C, Vargas A. Formación y certificación en partería tradicional en Ecuador: un modelo intercultural de salud. *Ginecol Obstet Mex*. 2019;87(4):198-205.

13. García P, Rodríguez J, Hernández F. Relevancia de la partería tradicional y su integración al sistema de salud en países en desarrollo. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e49. doi:10.26633/RPSP.2019.49.
14. Herrera JL, González AM. Violencia obstétrica y el enfoque de género en la atención del parto. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83(2):121-7. doi:10.4067/S0717-75262018000200003.
15. Brasil P, Morais M, Duarte M. El parto respetado y la violencia obstétrica: desafíos en la implementación de los derechos reproductivos. *Ginecol Obstet Mex*. 2017;85(11):562-9.
16. Pérez-Botero J, Giraldo C. El modelo de atención intercultural en salud: caso de las parteras tradicionales en el Valle del Cauca. *Cienc Soc*. 2018;45(2):183-93.
17. Beatriz Sánchez O, Cárdenas M, Morales F. Salud materna y derechos reproductivos: una mirada desde la perspectiva de género en Colombia. *Rev Salud Publica*. 2018;20(5):576-84.
18. Segura-Zamora E, Rivera-Díaz M. La partería en la atención de parto y su impacto en los resultados perinatales en comunidades rurales. *Ginecol Obstet Mex*. 2019;87(2):72-8.
19. González-Carrillo M, Sánchez-Sánchez L. Redes de apoyo comunitario en salud materna: implicaciones para la integración de la partería en el sistema de salud. *Salud Pública Méx*. 2019;61(3):355-63. doi:10.21149/10612.
20. Martínez-Covarrubias S, González-Núñez A. Estrategias de prevención y control de infecciones en el puerperio en comunidades rurales. *Ginecol Obstet Mex*. 2018;86(3):128-34.
21. García-Pérez J, Rivera-Ríos S. El parto respetado en el contexto de la salud intercultural. *Salud Pública Méx*. 2017;59(4):380-5. doi:10.21149/8851.
22. Pérez M, Gómez R, García A. Autonomía, derechos reproductivos y parto respetado: enfoque intercultural en la atención sanitaria. *Reprod Health Matters*. 2018;26(52):25-32. doi:10.1080/09688080.2018.1496464.
23. Rodríguez-Jiménez M, López-Cepeda L. La partería tradicional en Ecuador: hacia un modelo intercultural de atención materna. *Rev Cienc Salud*. 2020;18(1):90-98.

24. García H, Soto R, Salazar V. Impacto de la atención intercultural en la satisfacción materna en comunidades rurales de Guatemala. *Salud Publica Mex.* 2020;62(1):27-34. doi:10.21149/10691.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices sobre el cuidado intraparto para una atención de salud respetuosa y digna. Ginebra: OMS; 2018. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care/en/>
26. Perez EB, Quilumba T, Arias B, Molina C. Percepción de las parteras ancestrales de Ecuador sobre condiciones laborales, relación con el sistema público de salud y reconocimiento comunitario. *Rev Vdc.* 2025;5(3):2948–60. doi:10.61616/rvdc.v5i3.386
27. Matute SED, et al. Intercultural childbirth: impact on the maternal health of the Ecuadorian Kichwa. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(8):583–90. doi:10.1055/s-0041-1739181 [PMCID: PMC10183941]
28. Hallor E, Arteaga E, San Sebastián M. Exploring the integration of Indigenous traditional birth attendants into the Western healthcare system: a qualitative case study from the Amazon of Ecuador. *J Community Syst Health.* 2024;1(1):–.
29. Burbano Villarreal ME. Parteras en el Ecuador: prácticas culturales y patrimonio inmaterial. Universidad Andina Simón Bolívar; 2020.
30. Ministerio de Salud Pública (Ecuador). Manual para la articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud. Quito: MSP; 2016.
31. Salud Pública Ecuador. Definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud. Quito: MSP; 2010.
32. Zarchi Atencia DG. La situación actual de la partería en el Ecuador. UDLA; 2018.
33. Carvajal Barona R. Partos de los pueblos étnicos en América Latina y partería tradicional. *Rev Colomb Salud Publica.* 2018;44:e1061.
34. PAHO. Parteras tradicionales: salvar vidas conjugando saberes de la medicina ancestral y occidental. Pan Am Health Organiz; 2023.
35. UNFPA. Parteras de América Latina y el Caribe: en primera línea para salvar vidas. UNFPA; 2025.

36. Carpio-Arias TV, et al. Healthcare professionals' experiences and perceptions of intercultural adapted childbirth in Ecuador. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22:342. doi:10.1186/s12884-022-04432-5
37. Bautista-Valarezo E, et al. Perceptions of Ecuadorian indigenous healers on their role as midwives. *BMC Complement Med Ther*. 2021;21:180. doi:10.1186/s12906-021-03317-z
38. Matute SED, et al. Impact on the Maternal Health of the Ecuadorian Kichwa women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(8):–.
39. Liendo MOG. Las parteras tradicionales como parte del sistema de salud pública en la Amazonía boliviana. BVS Salud; 2019.
40. Palma KLC. Tradiciones ancestrales y su rol en salud materno-infantil en Ecuador. Polo Conocimiento. 2025;–.
41. López TN. Intercultural health in Ecuador: integrating traditional midwives and clinicians. Dissertation. Univ Pittsburgh; 2022.
42. Borgen Project. Traditional Midwives of Ecuador [Internet]. 2024.
43. PAHO. Traditional midwives: Saving lives by combining ancestral and western medicines. 2023.
44. Matute SED, et al. Reduction of maternal mortality through intermingling childbirth traditions in Ecuador. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(8):–.
45. Panasit M, et al. Traditional midwives and maternal health: a narrative review of Latin American evidence. *Lit Health Sci*. 2022;10(4):–.
46. Diaz-Castro E, Popovic-Johnson M. Integration models of TBAs in Latin American health systems. *Int J Intercult Health*. 2023;11(2):110–22.
47. Ramos-Gómez M. Partería tradicional y políticas de salud en el contexto andino: perspectivas y desafíos. *Salud Colectiva*. 2021;17(2):–.
48. Sánchez & Pérez. Indigenous midwife practices and maternal outcomes in rural Latin America. *J Rural Med*. 2023;18(1):–.
49. Torres-Yate G, Gómez AL. Knowledge transmission and contemporary midwifery in Andean communities. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2022;18:40.

50. Carvajal MV, et al. Experiences of Indigenous midwives and maternity care integration. *Lat Am Stud Health*. 2023;15(3).
51. Sarmiento I, et al. Maternal health and Indigenous traditional midwives in the Americas: a scoping review. *BMJ Open*. 2021;11(12):e054542. doi:10.1136/bmjopen-2021-054542.
52. Hallor E, Arteaga E, San Sebastián M. Exploring the integration of Indigenous traditional birth attendants into the Western healthcare system: a qualitative case study from the Amazon of Ecuador. *J Community Syst Health*. 2024;1(1):1051. doi:10.36368/jcsh.v1i1.1051.
53. Carvajal Barona R. Los partos de los pueblos étnicos en América Latina y partería tradicional. *Rev Colomb Salud Publica*. 2018;44:e1061.
54. Lavín RA. Parterías tradicionales en América Latina. Diecisiete. 2021.
55. Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Parteras tradicionales: salvar vidas conjugando saberes de las medicinas ancestral y occidental. Washington, DC: PAHO; 2023.
56. Sarmiento IM, et al. Traditional midwifery contribution to safe birth in cultural safety. *PLoS One*. 2022;17:e0269538. doi:10.1371/journal.pone.0269538.
57. Sarmiento I, et al. How the integration of traditional birth attendants with formal health systems can increase skilled birth attendance. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;155(1):127–34. doi:10.1016/j.ijgo.2021.07.015.
58. Carvajal Barona R, Gómez F. Panorama conceptual y político de partería tradicional en América Latina. *Cienc Soc*. 2018;–.
59. Atiencia DG. La situación actual de la partería en el Ecuador. UDLA; 2018.
60. Secretaría de Salud (Ecuador). Definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud. Quito: Salud Ecuador; 2010.
61. Burbano Villarreal ME. Parteras en el Ecuador: prácticas culturales y patrimonio inmaterial. UASB-Digital; 2020.
62. Bernis C. Parteras kichwa del Alto Napo (Ecuador): salud intercultural, partería tradicional. *Rev Científica*. 2017.

63. Hernández S, Oliveira JB, Shirazian T. How a training program is transforming the role of traditional birth attendants in rural Guatemala. *Front Public Health*. 2017;5:111. doi:10.3389/fpubh.2017.00111.
64. Morgan L, Roberts DE. Governing reproductive practice: Capacitación de parteras tradicionales y políticas de salud reproductiva en Chiapas, México. Diecisiete. 2021.
65. OPS/PAHO. Profiling Midwifery Services in the Americas: Models of Care and Integration. Washington, DC: PAHO; 2005.
66. Kassie A, et al. The role of traditional birth attendants and problem identification in rural maternal health. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22:–. doi:10.1186/s12884-022-04753-5.
67. Sarmiento IM, et al. Factors influencing maternal health in indigenous communities: a scoping review. *J Glob Health*. 2020;10(4):04023.
68. PAHO. Traditional midwives: Saving lives by combining the knowledge of ancestral and Western medicines. PAHO; 2023.
69. World Health Organization. Traditional Birth Attendant Policy (model guidelines for training and utilisation). WHO; 1992.
70. Filby A, et al. What prevents effective uptake and implementation of evidence-based interventions to reduce preterm birth and stillbirth in low- and middle-income countries? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19:24. doi:10.1186/s12884-019-2173-4.
71. WHO. Traditional and Complementary Medicine Strategy 2014–2023. Geneva: WHO; 2013.
72. Bohren MA, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7:CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6.
73. Harvey SA, et al. Skilled birth attendant competence and maternal outcomes. *Lancet*. 2022;399(10337):1916–1924. doi:10.1016/S0140-6736(22)00604-9.
74. Alvarez C, et al. Health system determinants in traditional midwife integration: evidence from Latin America. *Glob Public Health*. 2023;18(3):–.

75. Llamas A, et al. Five hundred years of medicine gone to waste? Negotiating intercultural health policies in Latin America. *BMC Public Health*. 2018;18:560. doi:10.1186/s12889-018-5601-8.
76. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.
77. Organización Panamericana de la Salud. La salud intercultural en las Américas: experiencias y desafíos. Washington, DC: OPS; 2017.
78. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847.
79. Castro R, Savage V. Obstetric violence as reproductive governance in Mexico. *Med Anthropol*. 2019;38(6):512–527. doi:10.1080/01459740.2018.1556350.
80. D’Gregorio RP, Landeo-Gutierrez J. Salud intercultural y parto humanizado en pueblos indígenas andinos. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2548. doi:10.18294/sc.2020.2548.
81. United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). New York: UN; 1979.
82. United Nations Human Rights Council. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. A/HRC/21/22; 2012.
83. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*. 2014;384(9948):e42–e44. doi:10.1016/S0140-6736(14)60859-6.
84. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, et al. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8):1045–1049. doi:10.1111/1471-0528.13451.
85. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. *Transcult Psychiatry*. 2012;49(2):149–164. doi:10.1177/1363461512444673.
86. Langer A, Horton R, Chalamilla G. A manifesto for maternal health post-2015. *Lancet*. 2013;381(9867):601–602. doi:10.1016/S0140-6736(13)60233-1.
87. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre medicina tradicional 2014–2023. Ginebra: OMS; 2013.

88. De Sousa Santos B. *Epistemologías del Sur: justicia contra el epistemicidio*. Madrid: Akal; 2011.
89. Menéndez EL. Modelos de atención de la salud: exclusión y subordinación. *Salud Colectiva*. 2005;1(1):9–32.
90. Walsh LV. *Interculturalidad crítica y pedagogía decolonial*. Quito: Abya-Yala; 2009.
91. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competence. *PLoS Med*. 2006;3(10):e294. doi:10.1371/journal.pmed.0030294.
92. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;75(S1):S5–S23. doi:10.1016/S0020-7292(01)00510-0.
93. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(7):CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub5.
94. Goer H, Romano A. *Optimal care in childbirth: the case for a physiologic approach*. New York: Springer; 2012.
95. Sen G, Östlin P. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Glob Public Health*. 2008;3(S1):1–12. doi:10.1080/17441690801900795.
96. Gruskin S, Mills EJ, Tarantola D. History, principles, and practice of health and human rights. *Lancet*. 2007;370(9585):449–455. doi:10.1016/S0140-6736(07)61279-4.
97. Farmer P. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press; 2003.
98. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. *Convention for the Safeguarding of the Intangible Cultural Heritage*. Paris: UNESCO; 2003.
99. Organización Panamericana de la Salud. *Etnicidad y salud: una mirada desde la interculturalidad*. Washington, DC: OPS; 2016.
100. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era. *Lancet*. 2018;392(10160):2456–2472. doi:10.1016/S0140-6736(18)31668-4.

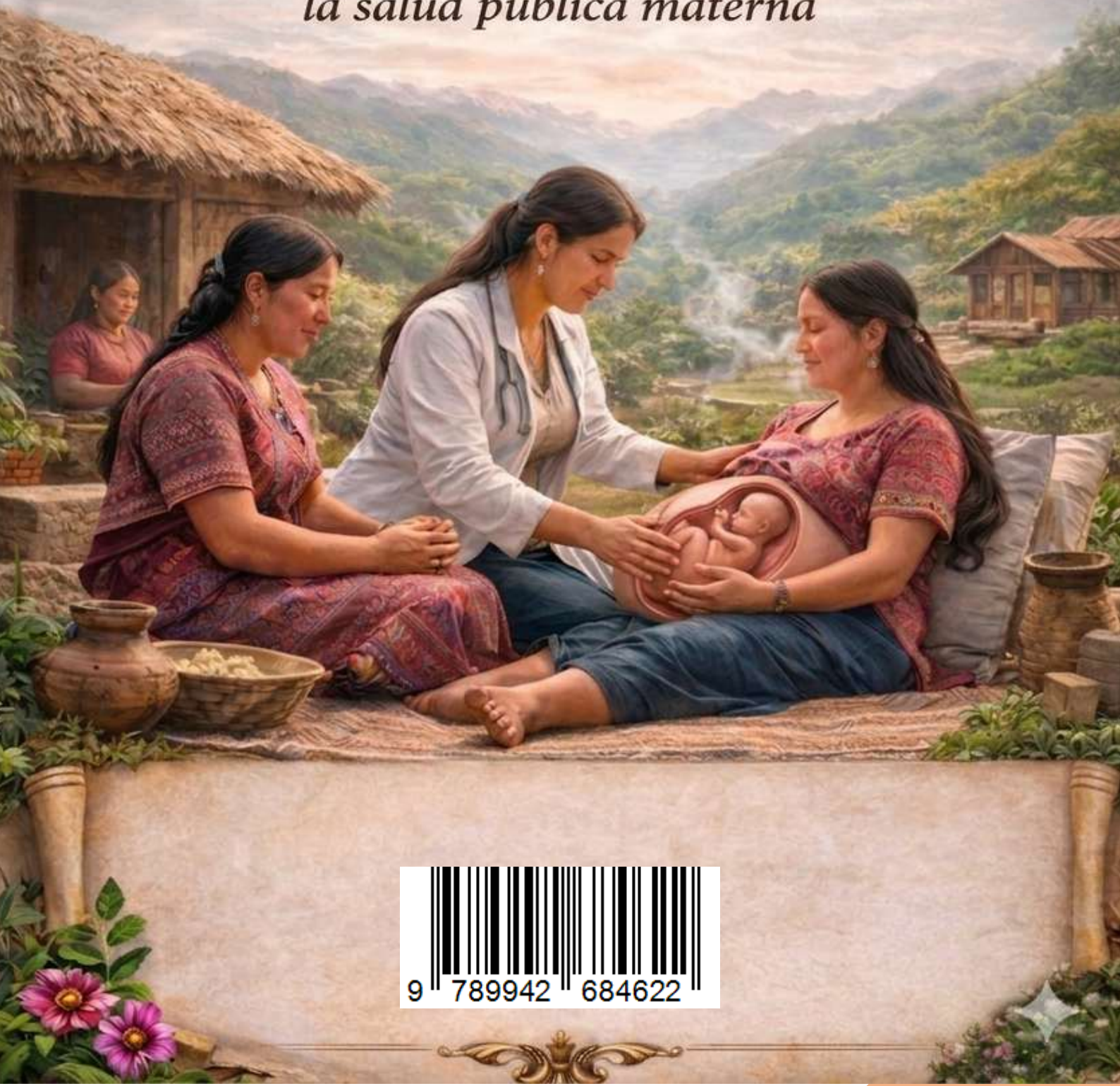
LINKOGRAFIA DE IMÁGENES

1. <https://www.nationalgeographicla.com/historia/2022/04/estas-parteras-tradicionales-combinan-la-herencia-maya-con-la-medicina-occidental-para-salvar-vidas>
2. <https://www.facebook.com/photo/?fbid=473652748099264&set=a.473652704765935>
3. <https://www.eluniverso.com/noticias/2019/03/16/nota/7235438/saberes-ancestrales-27-parteras-avalados/>
4. <https://www.vogue.mx/estilo-de-vida/articulo/parteras-del-amazonas-brasileno-traen-de-vuelta-lo-sagrado-del-parto-natural>
5. <https://elpais.com/america-futura/2024-03-23/el-linaje-de-ser-parteras-para-salvar-las-vidas-de-las-mujeres-indigenas-y-rurales.html>



OBSTETRICIA ANCESTRAL e INTERCULTURALIDAD

*Saberes tradicionales en
la salud pública materna*



9 789942 684622