



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Posgrado en Filosofía de la Ciencia

Estudios Filosóficos y Sociales en Ciencia y Tecnología

“Análisis pragmático de la regulación científica de la práctica de la partería y su prohibición en México”

TESIS

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRÍA

Silvana Citlalli Torres Campoy

Dirigida por la Dra. Mónica Gómez Salazar

Facultad de Filosofía y Letras

Sinodales

Dra. Ana María Carrillo Farga
FACMED-UNAM

Dra. Siobhan Fenella Guerrero Mc Manus
CEIICH-UNAM

Dra. Carolina Sánchez García
CEIICH-UNAM

Dr. Ambrosio Velasco Gómez
IIF-UNAM

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., septiembre de 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Antes de comenzar a mencionar las personas e instituciones que me han brindado su apoyo para la realización de esta tesis, quiero agradecer a las personas que no mencionaré, pero que de una u otra forma fueron parte de mi vida en estos dos años de maestría y del proceso de elaboración de mi tesis. Agradezco todo aquello que compartieron conmigo: aprendizajes, momentos, risas, llanto, miedo, alegría, motivación... Agradezco que hayan sido parte de este camino. Aunque ahora ya no son parte de mi vida, agradezco a cada maestro y maestra de vida que me aportó algo a este proceso y que me dio, en algún momento, palabras de aliento.

Agradezco a mi asesora, la Dra. Mónica Gómez, por tanto. Me faltan palabras para expresar todo el apoyo que me ha dado no sólo para la elaboración de esta investigación, sino también durante toda la maestría. Sin su paciencia, amabilidad, comprensión, respaldo, enseñanza, rigurosidad, experiencia, honestidad, y todo lo que la caracteriza, este proceso hubiera sido muy complicado. He aprendido mucho de ella y, sin duda, es una gran inspiración y un gran ejemplo para seguir. Ella es la mentora que siempre te guía, pero que te deja andar con tus propios pasos. Sin duda, su apoyo me motivó y me dio la confianza necesaria para buscar el lugar que hoy tengo en el doctorado. Agradezco mucho todo lo que ha hecho por mí y el apoyo inmenso que siempre me brinda. Prometo ya no dejar todo para el último momento en este nuevo reto llamado “doctorado”.

Agradezco también al comité revisor integrado por Dra. Ana María Carrillo Farga, Dra. Siobhan Fenella Guerrero Mc Manus, Dra. Carolina Sánchez García, Dr. Ambrosio Velasco Gómez. Gracias por su apoyo en este proceso. Sin el apoyo que me brindaron todo hubiera sido muy complicado. Gracias por confiar en mí, por compartir sus conocimientos conmigo, por leerme con atención y apoyarme a mejorar mi trabajo. Este camino está lleno de aprendizajes y crecimiento por académicos como ustedes. El amor a lo que hago es también motivado por ver su compromiso con el conocimiento, con la formación y con el crecimiento de quienes seguimos sus pasos.

Agradezco a mi padre, sin él sé que esto, aunque hubiera sido posible, hubiera sido sumamente complicado. Agradezco a ese amigo, a ese señor que hoy me da su mano y camina conmigo. A ese hombre que hoy confía en mí y que se siente orgulloso de mí. Agradezco que esté en mi vida, que aún me enseñe tanto y que me escuche cuando yo tengo algo que enseñarle. Agradezco que hoy sea mi amigo y aprendamos tanto del otro. Agradezco que seas el respaldo que no me deja, ni me dejará. También gracias por darme un hermano que hoy es una de las razones de mis sonrisas. Gracias por querer estar, por darte la oportunidad de conocerme y no dejarme.

También agradezco a Julio Horta por el apoyo que me dio desde aquel momento en el que decidí entrar a la maestría. Por todo el apoyo, la motivación y las palabras de aliento, de cerca o a la distancia, que me dio para llegar hasta aquí. Después de tanto, era inevitable hoy agradecerle también a ti por lo que me has dejado, por todo el apoyo

que me has dado y por todo lo vivido. Independientemente de que nuestros caminos nos acerquen o nos lleven lejos, hay una Silvana antes, durante y después de ti. Crecer a tu lado fue inigualable; gracias por todo lo que hemos sido.

Agradezco, sin duda, a Miriam Aguilar, a esa mujer extraordinaria que ha sido parte del camino desde tiempos memorables. Agradezco que siempre crea en mí, que me apoye, me cuide y me haya adoptado en su vida. Es una mujer ejemplar, una amiga extraordinaria y una madre que, sin ser de sangre, me abraza y sostiene. Es esa persona que siempre tiene palabras de aliento y un abrazo al corazón cuando, incluso, todo se torna oscuro. Es la receptora del mensaje que mando compartiendo cada logro y una gran motivación para seguir. Gracias por no dejarme, por creer en mí y por siempre apoyarme y motivarme.

Agradezco a Trinidad por todas las veces que me ha escuchado, por todas las veces que me ha regañado, por todas las veces que me ha dado palabras de apoyo y de aliento. Por todas las veces que me ha dado un abrazo y me ha hecho saber que no estoy sola. Por permitirme entrar en su vida y por querer entrar en la mía. Ella es esa familia que elegí y que me eligió. Gracias por cada momento, por cada ámbito de nuestra vida compartido. Gracias por estar, por ser una de mis dos mejores amigas y por ser mi hermana. Gracias por ser esa persona que se enoja conmigo, que ríe conmigo, que se alegra conmigo, que crece conmigo, que soluciona conmigo y que sufre conmigo cada minuto... incluso, cuando el sistema de recepción de documentos para el doc está por cerrar, pero no carga. Gracias por compartir conmigo y dejarme compartir. Gracias por ayudarme con ese proyecto cuando todo era un caos y el tiempo apremiaba. Gracias por ser tú y dejarme ser yo contigo. Te quiero muchísimo, no quiero que me faltes nunca.

Agradezco a Marce. Esa mujer que ha sido mi hermana malvada desde que este camino llamado "UNAM" comenzó. Agradezco que después de tantos años, tantas diferencias, tanta distancia y tantas experiencias hoy nos sigamos eligiendo y sigamos siendo las hermanas que ríen, crecen y aprenden de la otra en todo momento. Después de lo diferentes que parecemos, somos tan cada vez tan similares que parece que el tiempo en vez de alejarnos, nos ha unido. Hemos crecido cada una en su propio camino, hacia sus propios intereses y con su propia locura. Hoy me hace muy feliz reconocernos y saber que todo ha valido la pena y que, después de los normales altibajos, estamos más juntas que nunca y somos las mismas hermanas que siempre. Gracias por ser mi familia desde el inicio de este camino y gracias por creer en mí, por aceptarme como soy y abrazarme el corazón siempre. Te quiero hartito, quédate siempre.

Agradezco a Concilco por ser él y por ser mi familia, pese a todo. Este hombre ha significado mucho para mí en muy poco tiempo. Él me ha visto, y yo lo he visto a él, llorar de alegría y de tristeza, gritar, maldecir, reír, bailar, nadar, correr, parar, tropezar, caer, dudar, levantar, creer, vivir, dormir, desvelar, enojar, sonreír, crecer, avanzar, elegir, cuestionar, temer, renunciar, sostener, cargar, tirar, viajar, huir, volver, perdonar, perdonarme, pedir perdón, dejar ir... me ha visto siendo yo y yo lo he visto siendo él. Hemos compartido la vida de tal manera que no necesitamos hablar para saber qué pasa con el otro; nos conocemos tan bien que asusta. Él es esa persona que es tu equipo y que te levanta del piso y te hace caminar cuando te diste por vencida. Fue esa persona

que me apoyó a no dejar mis metas; que me motivó a hoy estar en el doctorado cuando el miedo, el cansancio y el hartazgo inundaron mis ánimos. Fue aquel que me trajo de cenar porque sabía que estaba escribiendo este libro y me había malpasado. Gracias por todo; has sido un gran compañero de vida. Y aunque hoy todo sea difícil, e independientemente del porvenir, te llevo en mi corazón y te quiero como siempre.

Agradezco también a Daniel por ser mi familia desde hace tantos años. Él me vio ser niña, ser adolescente, ser universitaria y hoy me ve ser maestra. Agradezco que, pese a todo, sigas eligiendo estar en mi vida y sigas siendo mi familia. Agradezco tu sincera alegría cada que te cuento cómo va mi vida y te comparto mis logros. Gracias por siempre apoyarme, por sentirte orgulloso de mí y por acompañarme en este crecimiento. Sin duda, eres alguien que me recuerda que la familia es aquella que te ama, te apoya y te motiva más allá de si lleva tu sangre o no. Espero que me permitas seguir compartiendo contigo y me permitas compartir conmigo también los años venideros.

Agradezco también a Eduardo, Lili, Alan, Jorge, César, Marco, Tete por estar en mi camino, por compartir, por dejarme compartir, por las risas, por las quejas, por el apoyo, por los momentos de estrés compartidos, por los consejos, por las reuniones, por las pláticas, por los aprendizajes, por el cariño y por ser parte de este camino. Mucha gente llega y se va, pero me hace muy feliz que ustedes hayan llegado para quedarse. Los quiero mucho.

Por último, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo económico que me brindó para poder realizar esta investigación y concluir mis estudios de maestría. Así como también agradezco a Marisela por la paciencia y apoyo, a la Coordinación del Posgrado y al Comité Académico por todo el apoyo y la oportunidad que me dieron para realizar mis estudios de Posgrado en este Programa.

Índice

Introducción	5
Capítulo 1. La profesionalización de la partería tradicional en México y en las políticas públicas	10
1.1. La partería tradicional y profesional en México.....	15
1.2. Regulación nacional e internacional de la partería	19
1.2.1. Antecedentes: El indigenismo y el proyecto de salud universal.....	19
1.2.2. Planificación familiar y el riesgo	28
1.2.3. Profesionalización de la partera tradicional y la SSRMN	33
1.2.4. Partera profesional y el sistema de salud	38
1.3. La partería sin práctica en México	42
Capítulo 2. Propuestas epistemológicas para el análisis de la práctica de la partería en México.....	50
2.1. El método científico vs teorías alternativas. Una propuesta pluralista del conocimiento.....	52
2.2. Límites y problemas del pluralismo científico, epistémico y médico.....	63
2.3. La propuesta epistémico-pragmática de Charles Peirce	68
Capítulo 3. El enfoque de riesgo desde la medicina científica (OMS)	74
Capítulo 4. Análisis epistémico de las políticas públicas que gestionan y regulan la partería	80
4.1. La percepción del riesgo y la construcción epistémica de la partería como riesgo	81
Anexos	97
Bibliografía	103

Introducción

Desde 2001, en México se reconoció constitucionalmente a este país como “pluricultural” en el artículo 2º¹. Ello implica reconocer que dentro de dicho territorio viven y conviven grupos sociales de diferentes culturas, creencias, hábitos y lenguas. No obstante, desde la colonia hasta esta fecha la diversidad cultural es algo que se conoce y ha vivido en diferentes partes del país: en particular, cuando hablamos de culturas indígenas.

Actualmente, se reconocen 68 Pueblos Indígenas a partir de sus respectivas 68 lenguas indígenas. Estas comunidades, a su vez, conllevan sus propias creencias, hábitos y símbolos; a este tipo de creencias y conocimientos se les conoce como “conocimientos tradicionales”.

Estos conocimientos, en su mayoría, datan de la época prehispánica hasta nuestros días; y algunos de ellos van desde la gastronomía, relación con la tierra y los animales, hasta un tipo de medicina; a esta última la nombran típicamente “medicina tradicional”; la cual conglomeraba prácticas y conocimientos como la herbolaría, la huesería, la partería, entre otras.

La partería en México data de la época prehispánica. Tradicionalmente, la práctica de la partería consistía en el cuidado de la mujer embarazada y de su hijo, desde el inicio de la gestación hasta meses posteriores al parto. Actualmente, podemos dar cuenta de otro tipo de partería, además de la tradicional: la partería profesional.

De acuerdo con la Fundación MacArthur y la UNFPA, a partir de los hallazgos resultantes de la investigación *Fortalecer la partería: Una deuda pendiente con las mujeres de México*, en 1833 nació la partería como una profesión en la Cátedra de Partería en México, unida a la carrera de Medicina y Cirugía, en la Escuela Nacional de Medicina.

¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Nación. México. 5 de febrero de 1917. [En línea] [junio-2020] Disponible en la web: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf

Aunque la profesión de la partería comenzó en 1833, la primera partera que oficialmente recibió el título profesional de “partera” fue en 1841². No obstante, de acuerdo con Ana María Carrillo³, desde XVIII las parteras ya requerían la supervisión y autorización de un “maestro” que les permitiera practicar la partería⁴.

La profesionalización de las parteras tradicionales tuvo dos objetivos principales desde su origen: 1) el reemplazo de las parteras tradicionales por parteras que estuvieran formadas a partir de la medicina científica; y 2) el acceso de la medicina obstetra a las mujeres embarazadas y parturientas de las comunidades en donde ejercían las parteras tradicionales.

Como parte de la evolución de los servicios de atención materna, entre 1880 y 1900 se creó la Cátedra de Ginecología. Una consecuencia de esta cátedra fue el aumento de los requisitos para la formación de parteras. En la investigación de la Fundación MacArthur y la UNFPA afirman que en dicho periodo fue cuando en la práctica la partería comenzó a ser desplazada por la medicina obstetra. En este periodo “[...] el cuerpo médico comienza a desplazar a las parteras profesionales y abundan las críticas a la práctica de la partería”⁵.

Durante el periodo de 1900 y 1960 comenzó la relación académica y profesional entre enfermería y partería. “Se creó la carrera de enfermería y partería como especialización de la enfermería. La mayor parte de los partos en hospitales son atendidos por enfermeras obstetras, quienes también llevan el control del embarazo y la atención perinatal”⁶.

² Carrillo Farga, Ana María. *Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México*. Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam, 1999, Vol. 19, p. 169. [en línea] [agosto-2021] Disponible en la web: <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/106147>

³ *Ibid*, p. 168.

⁴ La profesionalización de las parteras tradicionales también estuvo relacionada con un tipo de discriminación y descalificación de la práctica por parte de los médicos obstetras y las personas que accedían a los servicios de salud institucionales. En 1842, derivado de denuncias anónimas que exigían la profesionalización de las parteras y su castigo si no cumplían con ello y ejercían su práctica, se creó el *Reglamento de enseñanza y policía médica*. Este reglamento decretaba que las parteras debían tener un título para ejercer y que su graduación sería consecuencia de haber aprobado sus cursos. Véase Carrillo Farga, Ana María. *Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México*. Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam, 1999, Vol. 19, p. 177. [en línea] [agosto-2021] Disponible en la web: <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/106147>

⁵ Atkin, Lucille C., *op. cit.*, p. 4.

⁶ *Idem*.

Posterior a la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1948, los antropólogos médicos⁷ y los comités especialistas de la OMS en 1955 comenzaron a gestionar la formación y profesionalización de la partería oficialmente por la OMS.

En México, desde 1833 las parteras y otros médicos tradicionales ya habían tenido la experiencia de tener algún tipo de capacitación o formación con el objetivo de reconfigurar sus conocimientos de acuerdo con los de la medicina científica. No sólo a partir del trabajo de campo de los antropólogos médicos, sino a partir de decretos de instituciones de salud como el Consejo Superior de Salubridad o la Escuela de Medicina.

Entre 1960 y 1980 por recomendación de la OMS se comenzó a capacitar a las parteras tradicionales en términos de planificación familiar y parto seguro en el país. El objetivo de dicha capacitación era que cubrieran las zonas rurales con sus servicios. A la par, se expandió a nivel nacional la Atención Primaria de Salud (APS) y surgió la Iniciativa por una Maternidad Segura.

La partería profesional consiste en la práctica ejercida por una partera que ha recibido capacitación y ha sido formada por instituciones autorizadas por parte del sistema de salud nacional. La formación puede ser a parteras tradicionales con la intención de enseñar prácticas y conocimientos científicos relacionados con la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN) o puede ser a enfermeras o mujeres interesadas en practicar de manera profesional la partería.

A partir del año 2000, en México se adoptó “[...] la estrategia de atención hospitalaria de todos los partos, para asegurar el acceso a atención obstétrica de emergencia”⁸. Esta estrategia surgió como respuesta al desafío de reducción de MM dentro de los ODM. En virtud de esta estrategia, las parteras dejaron de tener la posibilidad de atender partos en sus domicilios de manera legal.

Esta profesionalización fue promovida por la OMS y ello generó también la institucionalización oficial de la práctica de la partería en el sector salud internacional. Cabe recordar que la OMS es una institución que se encarga de regular, prevenir,

⁷ La antropología médica en México estuvo abanderada por Gonzalo Aguirre Beltrán, Julio de la Fuente, Alfredo Barrera Vázquez, Alfonso Villa Rojas, entre otros. Esta antropología es conocida también como el “indigenismo mexicano”.

⁸ *Idem*.

promocionar y gestionar la salud a nivel mundial mediante políticas públicas aplicables a los países miembros de la organización.

No obstante, las funciones que la partera profesional actualmente desempeña están relacionadas con la atención de la planificación familiar y de la SSRMN.

Estas funciones fueron determinadas por la OMS en virtud de, según sus propios argumentos, la disminución del riesgo que implicaba la partería tradicional; y en virtud del rol que la partera tradicional cumple en su comunidad: un tipo de autoridad social, moral y epistémica.

En tales argumentos que utiliza la OMS para determinar que la partería tradicional tiene prácticas y conocimientos riesgosos, no brinda causas concretas que permitan comprender en qué sentido y por qué su práctica y sus conocimientos son un riesgo para la salud materno-infantil. Es decir, no brinda argumentos ni causales, ni probabilísticos que permitan determinar, a partir de sus métodos de evaluación aparentemente “objetivos”, por qué la partería es un riesgo o un factor de riesgo.

Además, el rol de la partera en su comunidad fue algo que la OMS aprovechó para poder tener una forma de vincular a la medicina científica con las comunidades indígenas. El interés de dicha vinculación se deriva de metas como la de “Salud para todos en el 2000”⁹.

Sin embargo, pese a la profesionalización de la partería tradicional, la partera tiene prohibido atender partos en algunos estados de México como Cuetzalan, el Istmo de Oaxaca y en su capital. Se argumenta que esta prohibición se debe a que hay prácticas y conocimientos de la partería que son riesgosos, estén o no profesionalizadas las parteras.

Esta prohibición, entonces, se realiza a partir de considerar a la partería como una práctica riesgosa, pese a su profesionalización y pese a que, de acuerdo con la Secretaría de Salud, la partería favorece “[...] los procesos de humanización del parto [...] (y) puede

⁹ Esta meta se formuló sobre el supuesto de que la salud es un derecho humano fundamental. “Salud para todos en el año 2000” se cumpliría mediante la cobertura universal de la salud; y fue declarada en las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975, 1976 y 1977. Véase Tejada, David. *La historia de la Conferencia de AlmaAta. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Perú, 2018; y *Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales*. OPS/OMS, 1982.

ser una opción para reducir la mortalidad materna”¹⁰. Además, la OMS no brinda criterios claros bajo los cuales se identifica a la partería como un riesgo.

En esta investigación sostenemos la tesis de que la partería es construida como un “riesgo” para la salud de las mujeres embarazadas en el discurso académico-científico, de la OMS, la OPS y de la Secretaría de Salud Mexicana, a partir de enunciar la necesidad de la “profesionalización”, “formación”, “adiestramiento”, “legislación”, “regulación” y “certificación” de la práctica “partería”. Ya que esta formación y profesionalización no conlleva realizar partos seguros, sino a su prohibición y a que la partera funja como traductora de lenguas indígenas y de información sexual y de salud gineco-obstetra.

Así, nos proponemos mostrar que la profesionalización de la partería tradicional y la prohibición de la atención del parto por parte de la partera profesional son, por un lado, resultado del chauvinismo epistémico y científico ejercido por la OMS hacia la partería; y, por otro lado, la consecuencia de la utilización, por parte de la OMS, de estrategias de intervención autoritarias y a priori de fijación de sus creencias.

En este sentido, en un primer momento, en el capítulo 1 (*La partería profesional y su práctica en México y en las políticas públicas internacionales*) describiremos a partir de qué políticas públicas se gestiona y regula la práctica de la partería e identificaremos algunos casos que permiten contrastar, en términos de la atención a la salud materno-infantil, la medicina obstetra con la partería.

En un segundo momento, en el capítulo 2 (*Propuestas epistemológicas para el análisis de la práctica de la partería en México*) describiremos, en tanto marco teórico, la propuesta pluralista de Paul Feyerabend y la propuesta pragmática de Charles Peirce.

En un tercer momento, en el capítulo 3 (*Análisis epistémico de las políticas públicas que gestionan la partería*) analizaremos las políticas públicas que regulan y gestiona la práctica de la partería a partir del enfoque de riesgo y de la percepción del riesgo de la OMS en relación con Paul Slovic y desde el pluralismo y el pragmatismo.

¹⁰ Secretaría de Salud. *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*. Gobierno de México. México. P. 4 [en línea] [abril-2020] Disponible en la web: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>

Capítulo 1. La profesionalización de la partería tradicional en México y en las políticas públicas

Como ya mencionamos, en el artículo 2° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos¹¹ se reconoce a México como un país “pluricultural”. Este reconocimiento significa que en el territorio viven y conviven poblaciones de diferentes culturas. La pluriculturalidad en el país, entonces, se sustenta originalmente por la cultura “indígena”. No obstante, en el apartado C también se reconoce a la “afromexicana”¹².

Mediante la clasificación “indígena” también se reconocieron las prácticas y conocimientos que caracterizan a los sujetos como “indígenas”; asimismo, se promueven y garantizan los derechos culturales que les permiten ejercer y proteger esos conocimientos y prácticas. Estos derechos se derivan de los Derechos Humanos, de los Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas, y del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales.

En el apartado B del artículo mencionado se garantizan los derechos y el desarrollo integral de los pueblos indígenas. Uno de esos derechos culturales indígenas es la “medicina tradicional”. En dicho apartado, el Estado se compromete a “asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional [...]”¹³.

Asimismo, desde 1981, a partir de la ratificación mexicana del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) derivado de la Carta Internacional de Derechos Humanos, los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESCA) son exigibles en México. Los DESCAs son aquellos derechos universales que se enfocan en satisfacer las necesidades básicas y esenciales de todo ser humano en cualquier lugar y momento; la intención de estos derechos es lograr que los sujetos

¹¹ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, op. cit.*

¹² El reconocimiento de la comunidad de afromexicanos se adicionó al artículo 2°, apartado C, en el 2019.

¹³ *Artículo 2°*. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Nación, México, 5 de febrero de 1917. [En línea] [agosoto-2020] Disponible en la web: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf

tengan una vida digna y mantener “la interacción social positiva de individuos y comunidades en un mundo caracterizado por la diversidad y la pluralidad cultural”¹⁴.

De acuerdo con los DESCAs, “los derechos culturales son parte integrante de los derechos humanos y, al igual que los demás, son universales, indivisibles e interdependientes”¹⁵. Esto es, los derechos culturales son parte de los derechos humanos. Violar los derechos culturales implicaría violar los derechos humanos. A su vez, el que un sujeto exija la satisfacción de los derechos culturales implica la exigencia de la satisfacción de sus derechos humanos.

En la Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas (art. 2°), en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (artículos 5° y 8°), en el Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (art. 2°, 5° y 8°) y en la Declaración de las Naciones Unidas sobre el derecho al desarrollo (art. 1°), se contempla el derecho a participar en la vida cultural de manera efectiva. La participación en la vida cultural significa que las comunidades indígenas tengan sus propias instituciones culturales y su derecho al desarrollo¹⁶.

La Declaración de Friburgo sobre Derechos Culturales (2007) promueve la garantía del derecho al acceso y a la participación cultural mediante las actividades que elijan las comunidades (art. 5°); así como el derecho de que los sujetos elijan su propia identidad cultural (art. 3°), su adscripción a una comunidad cultural (4°) y puedan participar en la toma de decisiones que afecten sus derechos culturales (art. 8°) y en la toma de decisiones en beneficio del respeto, la protección y la puesta en práctica de sus derechos culturales (art. 9).

En el ámbito nacional, para poder fundamentar la exigibilidad de lo propuesto, es necesario retomar el art. 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que habla sobre el derecho a la accesibilidad a la cultura y a la participación en la misma.

¹⁴ *Observación general N° 21. Derecho de toda persona a participar en la vida cultural (artículo 15, párrafo 1 a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Ginebra, 2 a 20 de noviembre de 2009. P. 1. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://www.refworld.org/es/publisher,CESCR,GENERAL,,4ed35beb2,0.html>

¹⁵ *Idem*.

¹⁶ La idea de desarrollo aquí la vincula a la posibilidad de que ellos propongan qué tipo de desarrollo necesitan en virtud de la idea de “desarrollo” occidental.

Para regular este artículo, podemos dar cuenta de la Ley General de Cultura y Derechos Culturales.

En la Ley General de Cultura y Derechos Culturales podemos destacar los artículos 2° (I y VII), 3°, 5°, 7°, 9°, 11°, mismos que garantizan la libertad de expresión, el acceso a la cultura, el derecho a la manifestación de expresiones culturales y el derecho a la creación de actividades enfocadas al acceso, participación y preservación de la cultura de las comunidades indígenas y no indígenas; mismos derechos que se reglamentan mediante el Reglamento Ley General de Cultura y Derechos Culturales.

En este reglamento podemos hacer uso del artículo 9° y 10°, ya que en estos se garantiza el derecho, y su exigibilidad, al respeto a la identidad cultural, a la adscripción de una comunidad cultural, al acceso a la cultura, a la libertad de expresión y manifestación cultural y al desarrollo cultural de las comunidades.

De acuerdo con el artículo 11° de la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías de la Ciudad de México, una de las características de los derechos humanos es la exigibilidad. Esta última es definida como “[...] un proceso sociopolítico en el que, a través de mecanismos institucionalizados diversos, la ciudadanía demanda a las autoridades el cumplimiento de las obligaciones que para el cumplimiento de sus derechos les corresponden”¹⁷. Esto es, todo ciudadano puede hacer uso de los mecanismos (garantías y procedimientos) para reclamar a las autoridades la satisfacción y garantía de sus derechos.

Todo ciudadano, si lo desea, puede exigir, entonces, ser atendido mediante medicina tradicional. Esta posibilidad se deriva de que la medicina tradicional es un derecho cultural indígena reconocido en la Carta Magna. Sin embargo, ¿en qué consiste la medicina tradicional en México?

De acuerdo con la OMS, “medicina tradicional” significa “[...] la suma total de conocimientos, técnicas y procedimientos basados en las teorías, las creencias y las experiencias indígenas de diferentes culturas, sean o no explicables, utilizados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el

¹⁷ Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías de la Ciudad de México. Artículo 12°. Ciudad de México. 08 de febrero de 2019. P.8. [En línea] [noviembre-2020]. Disponible en la web: [http://www.paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/2019/LEY_CONST_DERECHOS_HUMANOS_CDMX_08_02_2019\(1\).pdf](http://www.paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/2019/LEY_CONST_DERECHOS_HUMANOS_CDMX_08_02_2019(1).pdf)

tratamiento de enfermedades físicas y mentales”¹⁸. En síntesis, la “medicina tradicional” no sólo es un conocimiento indígena o tradicional, sino también es una técnica y procedimiento basado en ese conocimiento.

Por su parte, la CDI, hoy INPI, afirma que la “medicina tradicional” es el...

[...] conjunto de sistemas de atención a la salud que tiene sus raíces en profundos conocimientos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia, fundamentados en una interpretación del mundo (cosmovisión), de la salud y enfermedad de origen prehispánico, que ha incorporado elementos provenientes de otras medicinas, como la medicina antigua española, la medicina africana y en menor medida por la interacción de la propia medicina occidental¹⁹.

La CDI define a la “medicina tradicional”, siguiendo lo propuesto por la OMS, como un sistema de atención a la salud que consiste en un conjunto de conocimientos indígenas relacionados con una determinada cosmovisión y cultura. Estos conocimientos, a su vez, son practicados con el objetivo de la “atención a la salud”. Esta institución también afirma que dicho tipo de medicina, además, es un híbrido de otras medicinas a partir de la interacción entre éstas, dada la pluriculturalidad del país. No obstante, pese a tal sincretismo, los sujetos autorizados y reconocidos convencionalmente para enseñar este conocimiento y práctica son los llamados “médicos tradicionales” o “terapeutas tradicionales”. Su enseñanza se basa en la tradición oral y en el método maestro-aprendiz²⁰.

Por otro lado, la Secretaría de Salud retoma la definición de la OMS, y la complementa mediante definir a la “medicina tradicional”...

[...] como un recurso fundamental para la salud de millones de seres humanos, es una parte importante de la cosmovisión de los pueblos indígenas y representa el conocimiento milenario sobre la madre tierra y el uso de plantas medicinales que los indígenas han resguardado y que tiene un valor incalculable fortaleciendo y preservando su identidad²¹.

En resumen, a partir de la Constitución, la OMS, la CDI y la Secretaría de Salud, podemos definir a la “medicina tradicional” en México como un derecho cultural que

¹⁸ *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*. OMS. Ginebra. 2002. P. 1. [En línea] [agosto-2020] Disponible en la web: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67719/WHO_EDM_TRM_2000.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹⁹ *Medicina tradicional indígena*. CDI. México. P. 1. [en línea] [agosto-2020] Disponible en la web: http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina_tradicional_indigena.pdf

²⁰ *Ibid*, p. 4

²¹ Jiménez Silva, Ángel. *Medicina tradicional*. CONAMED; Secretaría de Salud; OMS; OPS. México. 2017. P. 2. [en línea] [agosto-2020] Disponible en la web: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin13/medicina_tradicional.pdf

implica conocimientos ancestrales transmitidos oralmente por un médico tradicional, así reconocido en una determinada cultura o cosmovisión. Este conocimiento es practicado por tal médico y lo usa para la “atención a la salud”.

Por su parte, Carlos Zolla²² y Emiliano Zolla²³ realizan un listado de características y funciones generales de la “medicina tradicional”; en el cual reafirman lo descrito por la OMS, la CDI, la Secretaría de Salud y la Constitución, y agregan algunas particularidades más que no fueron contempladas en las anteriores definiciones. Por ejemplo, la “ausencia casi total de cirugía y un rechazo a la disección y a la autopsia”, la socialización de la enfermedad y el “cobro simbólico”²⁴, entre otras.

Estos autores también describen que las prácticas consideradas parte de la medicina tradicional son aquellas que ejercen los curanderos, hueseros, hierberos, rezanderos, sobadores y parteras. Es decir, realizan curaciones y hacen rituales con plantas medicinales, soban el cuerpo y acomodan los huesos movidos, rezan y atienden partos.

Estos médicos son nombrados bajo la determinada práctica que ejercen y a partir del reconocimiento que les dé su comunidad. Usualmente, los terapeutas son personas adultas con prestigio moral y técnico. Tienen un tipo de rol en su comunidad que les permita ser “agente de reproducción ideológica y cultural, y de control social”²⁵. Estos médicos tradicionales son, entonces, quienes pueden ejercer y exigir ese derecho cultural en tanto practicantes de la medicina tradicional. A su vez, también la comunidad que recurre a ellos para la atención de su salud puede exigir dicho derecho.

La partería, en tanto práctica perteneciente a la medicina tradicional, es también un derecho cultural. Esta práctica funciona de acuerdo con las características de la medicina tradicional ya mencionadas. Pero también tiene sus propias funciones y

²² Carlos Zolla fue investigador del Programa Universitario México Nación Multicultural y colaboró en proyectos y programas nacionales sobre Medicina Tradicional gestionados por el Instituto Nacional Indigenista (INI) y por la Secretaría de Salud.

²³ Estos autores también afirman como característica la coexistencia y el sincretismo de la medicina tradicional con otro tipo de medicinas; sostienen, además, que tal coexistencia le ha llevado a la medicina tradicional a tener conflictos y complementarse con la medicina científica y con la religión, por ejemplo. Véase Zolla, Carlos; Zolla, Emiliano. *Los pueblos indígenas de México. 100 preguntas*. Programa Universitario México Nación Multicultural, UNAM. Pp. 161-163.

²⁴ Estas características son retomadas en este trabajo debido a que nos permitirán analizar cómo funcionan dichas características en nuestro objeto de estudio.

²⁵ *Ibid.*, p. 163.

características generales. No obstante, sus particularidades las podemos conocer de acuerdo con el lugar en donde se practica.

Tanto los conocimientos tradicionales como la partería han sido regulados y gestionados por políticas públicas internacionales y nacionales. La principal institución reguladora ha sido la OMS.

Dicha regulación comenzó en el siglo XX y se basó en dos principales argumentos: 1) brindar el acceso universal a la atención de la salud mediante métodos de la medicina científica; y 2) desarrollar a las comunidades indígenas, a partir de los criterios de la cultura occidental o dominante, en virtud de lograr el desarrollo de la nación en donde habitan.

No obstante, la forma de regular a la partería, a partir de la medicina científica, ha sido separada de los conocimientos tradicionales. Es decir, por un lado, se ha regulado y gestionado el uso y la práctica de los conocimientos tradicionales. Y, por otro lado, se ha regulado la partería y su práctica en conjunto con la enfermería.

En este sentido, en el presente capítulo vamos a describir cuáles son las características de la partería tradicional y profesional en México. En un segundo momento, identificaremos las legislaciones y políticas públicas en materia de regulación de la partería en el ámbito internacional y nacional. En un tercer momento, identificaremos las funciones de la partería a partir de dichas regulaciones. Y, por último, describiremos algunos casos que evidencian los problemas derivados de la profesionalización de la partería, en contraste con la medicina obstetra.

1.1 La partería tradicional y profesional en México

En la época prehispánica, la práctica de la partería consistía en el cuidado de la mujer embarazada y de su hijo. El cuidado comenzaba desde el inicio de la gestación hasta meses posteriores al parto. La partera se encargaba de “dar consejos a la preñada, ordenar a la familia lo que debían darle y prohibía todo aquello que pudiera hacer daño a la criatura; advertía de los cuidados en los primeros meses de embarazo y concretaba

sus consejos encargando buena alimentación, reposo y moderaciones en los trabajos manuales”²⁶.

La partera también asistía a la mujer en el parto natural. Se hacía cargo del acomodo de la *parturienta*²⁷, de su lavado, de la labor de parto y de sus cuidados necesarios en el posparto. Brindaba un acompañamiento personalizado: protegía, en términos de salud, y acompañaba emocionalmente a la mujer y a su hijo.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, “en la cultura náhuatl, la partera era conocida como “ticitl”, término que hacía referencia a un personaje con un amplio reconocimiento social, encargado de brindar cuidado a las mujeres durante el pre, trans y pos parto (*sic*)”²⁸. Era necesario que la partera tuviera el reconocimiento de la comunidad para poder ejercer estos cuidados y la práctica en general de la partería.

Este antecedente histórico de la partería es lo que nos permite concebirla como símbolo²⁹ y definirla como un “[...] conocimiento ancestral que forma parte del patrimonio cultural y social de los pueblos y comunidades indígenas de nuestro país; pero también, del conocimiento y experiencias que las mujeres tienen sobre sus cuerpos y sus ciclos de vida, y que transmiten a otras mujeres, de generación en generación”³⁰. Esto es, un conocimiento que forma parte de la identidad y cultura de los pueblos indígenas.

La partería como símbolo se ha preservado gracias a la enseñanza generacional que da una mujer a otra en comunidades indígenas y gracias al estatus social que tiene la partera en su comunidad. Usualmente a las parteras en sus comunidades son consideradas personas sabias; y son respetadas en virtud de dicho conocimiento y

²⁶ Pérez Cabrera, Iñiga; Castañeda Godínez, Cristina. *Antecedentes históricos de las parteras en México. Enfermería. Avanza*. México. 2012. P. 2. [en línea] [mayo-2020] Disponible en la web: http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_antecedent_historic_parter_mexico.pdf

²⁷ Manera de llamar a las mujeres embarazadas que entrarán o están en labor de parto.

²⁸ Gómez Torres D.; García Reza, C.; López Ocampo, C., (2011) en *Guía para la Autorización de las Parteras Tradicionales Como Personal de Salud No Profesional*. Secretaría de Salud. México. P. 2. [en línea] [agosto-2020] Disponible en la web: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>

²⁹ Entenderemos en esta investigación como un “símbolo” a la instancia de un signo en donde el representamen “[...] está conectado con su objeto en virtud de la idea de la mente que usa símbolos, sin la que no existiría ninguna conexión tal”. Es decir, es la relación que tiene el representamen con su objeto es a partir de una idea o ley de pensamiento convencionalizada. Esta convencionalización es la que permite la interpretación del signo. En esta relación, objeto al que refiere el representamen no necesita existir empíricamente. Véase Charles Peirce, *La ciencia de la semiótica*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina. P. 22; y Charles Peirce, *Obra filosófica reunida*. Tomo II (1893-1913), FCE, México. 2012. P. 59.

³⁰ *Idem*.

experiencia. Esto les otorga autoridad, en términos de medicina tradicional, en su comunidad.

. De acuerdo con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, “la partería tradicional es una práctica milenaria ejercida principalmente por mujeres, que ha trascendido a lo largo de la historia y que sobrevive a pesar de las limitaciones que enfrenta para su ejercicio”³¹.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, se expresan dos tipos de formas de ejercer la partería. La primera, es la partería practicada por una “partera tradicional”. Se llama así a la mujer perteneciente a pueblos indígenas que “[...] practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica”³². Aprende la práctica de acuerdo con la cultura y hábitos de su comunidad indígena.

La segunda, es la “partera técnica”, también conocida internacionalmente como “partera profesional” o “adiestrada”. Esta partera es una “[...] persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico”³³. Es decir, aprende la práctica en las aulas de una institución formativa.

Una diferencia importante entre ambos tipos de parteras es que las “parteras tradicionales” “[...] utilizan más consistentemente las prácticas basadas en la evidencia que cualquier otro tipo de proveedor, aunque aún se observa la utilización de prácticas no actualizadas con la última evidencia científica e innecesarias por parte tanto de

³¹ *La Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica y en su Defensa como un Derecho Cultural*. CNDH. México. 2019. P. 3.

³² Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. CNDH. México, 2016. P. 16. [en línea] [agosto-2020] Disponible en la web: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA22016%20Embarazo%2C%20parto%20y%20puerperio.pdf>

³³ Idem

médicos como de parteras”³⁴; y por su parte las “parteras técnicas” aprenden la práctica con base en el conocimientos científico que se tiene de la medicina y partería tradicional.

Entonces, tenemos a la partería tradicional, la cual no recibe capacitación y funciona simbólicamente en sus comunidades. Y la partería profesional que es el resultado de la capacitación de parteras tradicionales y de otras mujeres interesadas en la partería.

De acuerdo con la reforma del artículo 64 de la Ley General de Salud en 2016, las “parteras tradicionales” requieren recibir capacitación establecida por las autoridades competentes para “fortalecer la competencia técnica [...] para la atención del embarazo, parto y puerperio”³⁵. Tal capacitación es la que, de acuerdo con las autoridades, les permitirá ejercer su práctica adecuada o debidamente (tal como se menciona en el artículo 2° constitucional). Esta capacitación resulta en la certificación que les permite comprobar su capacitación y concluir con su profesionalización.

Esta capacitación conlleva, además, que el reconocimiento comunitario de las parteras tradicionales ya no sea suficiente para poder ejercer la práctica de la partería. Ahora el reconocimiento necesario de estas parteras debe ser por parte de las autoridades científicas y gubernamentales en materia de salud. Sólo a partir de dicha profesionalización es que las parteras, de acuerdo con la medicina científica, puede ejercer su práctica.

En el siguiente apartado describiremos cuáles son y en qué consisten dichos acuerdos y legislaciones que regulan la partería tradicional y profesional internacionalmente. A partir de tales legislaciones y regulaciones internacionales es que se regula y profesionaliza la partería en México.

³⁴ Atkin, Lucille C.; Keith-Brown, Kimberli; Rees, Martha, et. al. *La partería en México*. Fundación MacArthur. México. 2016. [En línea] [agosto-2020] Disponible en la web: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Parteria_en_Mexico.pdf. 15

³⁵ *Ley General de Salud*. Artículo 64. IV. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. México. 7 de febrero de 1984. P. 24. [En línea] [octubre-2020] Disponible en la web: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf

1.2. Regulación nacional e internacional de la partería

La partería es una práctica que ha sido regulada por la OMS desde la mitad del siglo pasado hasta la actualidad. No obstante, esta legislación se crea con base en el derecho a la salud, y a metas y objetivos mundiales en términos de salud y regulados por instituciones como la OMS y la ONU: Salud para todos en el 2000, Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Sin embargo, dicha regulación está también determinada por investigaciones previas que la OMS retomó para su gestión. Estas investigaciones estuvieron a cargo de la antropología médica, inglesa, mexicana y estadounidense.

Esta área de conocimiento en México es caracterizada por sus propios representantes como el “indigenismo mexicano”. Esta política es un antecedente internacional y nacional a la actual profesionalización de la medicina tradicional en general y de la partería en particular.

A continuación, describiremos los antecedentes, en términos de salud, bajo los cuales se constituye la profesionalización de la partería y se crea su relación y función con la planificación familiar. Así como también identificaremos en qué consiste la profesionalización de la partería y cuál es la relación entre partería, sector salud y planificación familiar.

1.2.1. Antecedentes: El indigenismo y el proyecto de salud universal

Con fundamento en los trabajos de Manuel Gamio y Moisés Sáenz enfocados al estudio de las formas de vida y procuración de la salud en las comunidades indígenas, nace la antropología médica mexicana en 1938, como consecuencia de discusiones llevadas a cabo en el 2° Congreso Nacional de Higiene Rural en San Luis Potosí³⁶. Otro de los resultados de este congreso fue la creación de la Escuela Superior de Medicina Rural, propuesta por Miguel Othon de Mendizábal.

³⁶ Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Programas de salud en la situación intercultural*. Obra antropológica V. Primera edición en FCE, México, 1994 (1955), p. 7.

El principal objetivo de esta escuela fue desarrollar a los pueblos rurales e indígenas a partir de la innovación de la medicina científica en sus comunidades, las cuales, afirmaban, estaban rezagadas.

Otros de los objetivos fueron, por un lado, analizar los problemas rurales e indígenas en torno a sus creencias y prácticas médicas. Por otro, capacitar a los médicos científicos sobre cómo se concebía la salud y la vida en la ruralidad.

Esta corriente antropológica estuvo conformada, principalmente, por los pioneros Gonzalo Aguirre Beltrán, Julio de la Fuente, Alfredo Barrera Vázquez, Alfonso Villa Rojas, entre otros. Fueron ellos quienes se encargaron de comenzar a formar a los médicos en tal escuela; de investigar y teorizar sobre la medicina en las comunidades rurales e indígenas.

La antropología médica se basó en los postulados del relativismo cultural y en un tipo de pluralismo médico. El pluralismo médico fue postulado propiamente como tal por la antropología médica internacional en 1970. Pero antropólogos nacionales e internacionales reconocían desde la primera mitad del siglo XX la coexistencia de medicinas locales, científicas y no científicas. Esto, posteriormente, fue llamado pluralismo médico.

Esta corriente pluralista tuvo como objetivo principal examinar las tradiciones médicas locales en su diversidad, coexistencia y competencia, especialmente con la medicina científica o, también llamada, biomedicina³⁷. Ello implicó el reconocimiento y estudio de las medicinas tradicionales y alternativas en países latinoamericanos, asiáticos, entre otros.

En el año 1940, a partir de Primer Congreso Indigenista Interamericano, en Pátzcuaro, México, se creó el Instituto Indigenista Interamericano (III). El cual tuvo como objetivo el estudio y atención de los problemas del “indio” o indígena, “[...] garantizando de una manera efectiva todos los servicios del Gobierno a favor de la resolución de aquellos y constituyéndose en todo tiempo, en defensor del indio”³⁸.

³⁷ Khalikova, Venera. *Medical pluralism*. Cambridge Encyclopedia of Anthropology. Junio, 2021. [en línea] [junio-2021] Disponible en la web: <https://www.anthroencyclopedia.com/entry/medical-pluralism>

³⁸ “El Primero Congreso Indigenista Interamericano”. Resolución XLII. Acta final. Pátzcuaro, México, 1940, en *México Indígena. INI. 30 años después. Revisión Crítica*. Instituto Nacional Indigenista. México. Diciembre, 1978. P. 335.

Este estudio y atención se propuso, de manera general, como solución a las consecuencias de la marginación de las comunidades indígenas tras la Revolución Mexicana. Tal solución implicaba diferentes acciones que le permitieran al III asegurar el desarrollo y resolución de problemas de dichas comunidades. Algunas de las tácticas que propuso fueron: coleccionar, ordenar y distribuir información; iniciar, dirigir y coordinar investigaciones y encuestas científicas; editar publicaciones periódicas; cooperar como oficina de consulta, con las oficinas de asuntos indígenas de los diversos países; promover y coordinar la preparación de investigadores científicos, entre otras³⁹.

La creación de esta institución tuvo como resultado, además, la creación de la política nacional indigenista. De acuerdo con Alfonso Caso, fundador del INI, el indigenismo fue una política que consistió en la toma de decisiones gubernamentales que tuvieron como objetivo integrar a las comunidades indígenas a la vida social, económica, política, etc. del Estado-nación⁴⁰.

Por su parte, Aguirre Beltrán sostiene que antes del congreso en Pátzcuaro el indigenismo había sido, en la colonia, una forma de explotación y discriminación del indígena; y, posterior a la Revolución, había sido asimilacionista y evolucionista. Pero tras la creación del III el indigenismo se basó en el relativismo cultural⁴¹. Lo cual tuvo como consecuencia una política de “[...] Integración del indio a la sociedad nacional, con todo y su bagaje cultural, proporcionándole los instrumentos de la civilización necesarios para su articulación dentro de una sociedad moderna”⁴².

³⁹ *Ídem*.

⁴⁰ Caso Andrade, Alfonso. “Los ideales de la acción indigenista”, 1962, en *México Indígena. INI. 30 años después. Revisión Crítica*. Instituto Nacional Indigenista. México. Diciembre, 1978. P. 79.

⁴¹ El relativismo cultural implementado por el indigenismo fue acusado por diferentes autores como asimilacionista. No obstante, en los libros *Obra polémica* y *El proceso de aculturación*, Beltrán explica los problemas que subyacían al indigenismo y contrargumenta a las críticas realizadas por la llamada “Nueva antropología” liderada por Bonfil Batalla y Arturo Warman. Los problemas que destaca Aguirre son la inevitable desaparición de los indígenas y sus culturas tras la aculturación (contacto entre culturas) que había con la cultura occidental, y el clasismo que generaba el rezago económico, social y cultural de las comunidades indígenas en dicha aculturación. Así, de acuerdo con su propuesta, el indigenismo, bajo el relativismo cultural, buscaba a acelerar, intensificar y manejar los procesos de integración que ya estaban en marcha, para guiarlos hacia senderos sin violencia, sin discriminación y con justicia social. “Enfocado el estudio del contacto desde el marco etnohistórico, la investigación (desde el indigenismo) conduce al conocimiento de las resultantes de la aculturación, de la condición actual de un proceso que tuvo lugar en el tiempo histórico, de los términos presentes de un conflicto de culturas cuyos portadores originales han desaparecido”, véase Aguirre Beltrán, Gonzalo. *El proceso de aculturación*. UNAM, México, 1957, p. 19-23.

⁴² Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Obra polémica*. SEP, INAH. México, 1976. P. 27. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <http://library.lol/main/5E89546D67D86CEB200E9CB81E88C5E1>

En términos nacionales, en 1948, se aprobó la Ley que Crea el Instituto Nacional Indigenista (INI). Este instituto rectificó los objetivos del III, pero a nivel nacional, y, además, se propuso estudiar las medidas de mejoramiento requeridos por las comunidades indígenas y promover ante el Ejecutivo la aprobación y aplicación de esas medidas⁴³.

La forma bajo la cual se expresaron medidas fue a través de convenios internacionales, de actos legislativos y administrativos, de proyectos formativo-educativos y de acceso a la salud pública, entre otros⁴⁴.

En este mismo año se creó la Organización Mundial de la Salud (OMS). La constitución de la OMS estuvo regida por nueve principios básicos, de los cuales podemos destacar: la concepción de la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social; la salud como un derecho fundamental para todo ser humano sin discriminación, ni distinción; y la salud como una forma de lograr la paz y la seguridad en los Estados⁴⁵.

Desde sus inicios, la OMS orientó sus objetivos a la creación de estrategias que generaran el acceso universal a la salud; independientemente de la diversidad cultural y epistémica que caracterizaba al mundo. Dicho acceso a la salud estaba relacionado con la búsqueda de desarrollar a todos los países, en términos económicos y sociales, de acuerdo con el modelo económico y cultural de occidente.

En México, desde 1910, y tras el nacimiento del proyecto Estado-nación, se tenía el objetivo de brindar cobertura de asistencia médica en todo el país para lograr su desarrollo uniforme. El INI fue la institución que se dedicó, desde 1951, a implementar programas de desarrollo de las comunidades indígenas en virtud de los objetivos

⁴³ "Ley que Crea el Instituto Nacional Indigenista". Diario Oficial. México, 4 de diciembre de 1948, en *México Indígena. INI. 30 años después. Revisión Crítica*. Instituto Nacional Indigenista. México. Diciembre, 1978. P. 359.

⁴⁴ Una de las grandes críticas que se le ha hecho al Indigenismo es que la integración de las comunidades indígenas al proyecto de desarrollo nacional implicó la asimilación de dichas comunidades. Es decir, a partir de la aculturación, como la llama Aguirre Beltrán, se logró imponer tales comunidades la cultura, la lengua, la forma de trabajo, el sistema económico, las prácticas médicas, etc. de la cultura dominante u occidental. Esta imposición fue en detrimento de sus propias culturas, lenguas, tradiciones, prácticas, conocimientos, etc. Y, a su vez, a la desaparición de muchas culturas indígenas. Estas críticas las sostuvieron principalmente los representantes de la llamada Nueva Antropología: Guillermo Bonfil Batalla, Arturo Warman, Margarita Nolasco, entre otros. Véase Warman, Arturo, et. al. *De eso que llaman antropología mexicana*, Editorial Nuestro Tiempo, México, 1970.

⁴⁵ *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

nacionales. “[...] Desde 1951 (el INI) optó por innovar la medicina científica mediante un compromiso que conlleva el respeto a las prácticas y creencias populares e indias; trata sólo de suplir las deficiencias de la medicina tradicional sin pretender sustituirla”^{46 47}.

En este año, el INI promovió el proyecto piloto de desarrollo integral en los Altos de Chiapas. Este proyecto se basó en la propuesta de Beltrán de la creación de Centros Coordinadores Indigenistas. Uno de los objetivos fue implementar programas de salud, educación, comunicación, etc. Con este proyecto, la antropología médica comenzó a trabajar en campo y poner en práctica la formación y las teorías trabajadas en la Escuela Rural⁴⁸.

Para 1955, la Octava Asamblea Mundial de la Salud, organizada por la OMS, se realizó en México. En esta asamblea participaron los representantes de la antropología médica mexicana para dialogar sobre la experiencia obtenida en la última década al trabajar en las aulas y en el campo en Chiapas con el proyecto del Centro Coordinador.

De esta asamblea resultaron, por un lado, el libro de Beltrán *Programas de salud en la situación intercultural* editado por el II. Este libro propone cómo realizar la profesionalización de los médicos tradicionales y de las parteras, así como también da

⁴⁶ Aguirre Beltrán, *Programas de salud...*, *op. cit.*, p. 14

⁴⁷ Aunque el objetivo no era la sustitución, sí era la integración o incorporación a la sociedad civilizada y nacional. También se buscaba eliminar prácticas indígenas que desde la medicina científica no se aprobaban. La desaprobación provenía de que tales conocimientos y prácticas se consideraban como “mágicos” o se afirmaba que provenían de creencias religiosas que afectaban a la efectiva atención de la salud. Véase Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Programas de salud en la situación intercultural*. Obra antropológica V. Primera edición en FCE, México, 1994 (1955).

⁴⁸ El método de investigación implementado por la antropología médica mexicana para la obtención de la información y planificación de los proyectos de desarrollo de las comunidades indígenas se basó en tres niveles de abstracción. Estos niveles siguen el clásico método científico: descripción del fenómeno a partir de la observación, aplicación de teorías de observación y verificación, e interpretación normativo-deductiva. Es decir, el primer nivel se caracterizó por describir el fenómeno desde adentro (los antropólogos se adentraron en las comunidades y las describieron sin aparentes juicios de valor y desde la propia cultura en donde surgían los fenómenos). Este nivel responde al “cómo es”. Sin embargo, Aguirre afirma que la observación no puede ser completamente objetiva para la descripción del fenómeno. Pues “[...] la cultura condiciona al individuo en forma que interpreta la realidad de acuerdo con normas previamente establecidas”. El segundo nivel se caracterizó por responder “cómo puede ser”. Esto es, se basó en la aplicación de la teoría antropológica en los hechos descritos para su análisis. A partir de ello, describir cómo puede ser el fenómeno y qué se puede mejorar desde el punto de vista antropológico. Este nivel se caracteriza por ser “intercultural”. En el tercer nivel, se interpretó el análisis uniendo ambas visiones: la indígena y la antropológica. Se significó el fenómeno en relación con “cómo debe ser”. “Es indudable que no podría haber descripción sin análisis e interpretación; ni podría haber teoría válida sin reunión y clasificación de hechos y procesos”. Como consecuencia del tercer nivel, se propusieron principios, acciones normativas y planes que lograrán llegar a ese deber ser de las comunidades indígenas a través de la política indigenista. Véase Aguirre Beltrán, Gonzalo. *El proceso de aculturación*, UNAM, México, 1957, pp. 148-156. En el segundo capítulo hablaremos sobre el método científico clásico y algunos problemas vinculados a él.

cuenta de las funciones que deben realizar en relación con la institución de salud nacional.

Otro resultado fue la creación del Comité especialista de la OMS encargado de gestionar oficialmente la profesionalización de la partería: el Comité de Expertos para la Formación Profesional de las Parteras.

Parte del trabajo de Aguirre Beltrán y del equipo de la antropología médica, como parte del III e INI, fue conocer las prácticas de las culturas indígenas e identificar los problemas y beneficios que se derivaban de sus conocimientos y prácticas médicas. Esto facilitó el trabajo de la OMS en torno a la creación de estrategias de gestión y regulación relacionadas con brindar el acceso universal de la salud y la disminución de los riesgos en términos de salud.

Bajo el objetivo de brindar acceso universal a los servicios de atención a la salud, en 1978 la OMS realizó la Declaración Alma-Ata que promueve la Atención Primaria de Salud (APS). La APS consiste en el primer contacto con el sistema nacional de salud que tienen los sujetos que buscan acceder a servicios médicos. Esta atención se brinda cerca de los hogares de dichos sujetos “[...] y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”⁴⁹.

En concreto, podemos definirla como:

“[...] es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación”⁵⁰.

En la Declaración Alma-Ata se afirma que el personal de salud que puede ejercer dicha atención son médicos científicos, enfermeras, médicos tradicionales, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad. No obstante, esta atención la pueden realizar tales personas siempre y cuando estén “formadas” o “adiestradas” en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atiendan necesidades de salud de la comunidad⁵¹.

⁴⁹ *Declaración Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, OMS, OPS, UNICEF, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. P. 2. [en línea] [noviembre-2020] Disponible en la web: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

⁵⁰ *Idem*.

⁵¹ *Ibid*, p. 3.

El objetivo general de esta Declaración fue reconocer a la APS con un rol central en el cumplimiento de la meta “salud para todos en el año 2000”⁵². Esta meta se propuso en las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975, 1976⁵³ y 1977⁵⁴ y surgió a partir de considerar a la salud como un derecho humano fundamental.

En estas Asambleas Mundiales de la Salud se instó a los países miembros a realizar investigación y estrategias locales para poder tener un sistema de salud nacional al que todos los ciudadanos pudieran acceder.

Aunque se reconoce la diversidad cultural y la función de los médicos tradicionales y las parteras como actores en la APS, en tales Asambleas se instó a que la idea de “salud” propuesta por la medicina científica se adoptara en todas las culturas y localidades de los países miembros.

Entre 1992 y 1993 que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante el Subcomité de Planificación y Programación, propuso iniciar un proceso de consulta para buscar solucionar la inequidad del acceso a servicios de salud y procurar el bienestar de los Pueblos Indígenas.

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas aprobada a través de la Resolución CD37.R5 es el resultado de la reunión de consulta propuesta por la OPS a los países miembros conocida como el Primer Taller Hemisférico sobre Pueblos Indígenas y Salud de Winnipeg, Canadá, 1993. Esta iniciativa se basa en cinco principios. Uno de estos principios es: la necesidad de un abordaje integral de la salud.

Cabe resaltar que esta Iniciativa se fundamenta en las investigaciones realizadas por el Instituto Indigenista Interamericano, el cual era representado en cada país de Latinoamérica por los INI.

⁵² *Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales.* OPS/OMS. Washington, D.C. Septiembre, 1982. [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/39468>

⁵³ Tejada, David. *La historia de la Conferencia de AlmaAta.* Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Perú, 2018. [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300008

⁵⁴ *Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales.* OPS/OMS, 1982, p. 2. [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39468/4288.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

A partir de la Resolución CD37.R5, y como parte de las acciones relacionadas con el foro permanente Serie Salud de los Pueblos Indígenas, establecido en 1997, fue creado y puesto en marcha el Plan de Acción de la OPS/OMS para el Impulso de la Iniciativa en la Región de las Américas⁵⁵ 1995-1998⁵⁶. Este Plan fue evaluado y reformulado para los periodos 1999-2002 y 2003-2007.

Estos planes propusieron cuatro áreas claves para accionar respecto a la medicina tradicional: 1) coordinación, promoción, difusión e intercambio de información científica y técnica; 2) planes, políticas, procesos y recursos humanos; proyectos para los problemas prioritarios y poblaciones vulnerables; y 3) desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales.

De manera oficial, es a través de estos planes que se reconoce un tipo de pluralismo médico o asistencialista en las estrategias, acciones y discursos de la OMS. Es decir, reconoce que hay otros tipos de medicinas alternativas a la científica que pueden ayudar en la asistencia de la salud. Este reconocimiento va acompañado del reconocimiento de la diversidad cultural y epistémica.

Sin embargo, el pluralismo médico de la OMS se caracterizó desde un comienzo por buscar la intervención en los conocimientos tradicionales y alternativos para su práctica efectiva y segura⁵⁷.

Posterior al año 2000, y en sintonía con los ODM⁵⁸, se transformó la meta. Ya no era brindar acceso universal a la salud mediante la APS. La nueva meta relacionada con la APS se sustentó en los principios y ejes de acción relacionados con la equidad, eficacia y efectividad, sostenibilidad y calidad de la salud:

[...] nuevos desafíos epidemiológicos que deben ser afrontados, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que pueden ser asimilados para incrementar la efectividad de la APS, el reconocimiento creciente de la APS como

⁵⁵ Esta Iniciativa, posteriormente, se renombró como Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, en el Plan de acción 2005-2007 de dicho Programa. En este Plan se rectificaron los objetivos de la Iniciativa y se propusieron líneas de acción enfocadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio fijados en el 2000 y ratificados por los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Véase Rojas, Rocío. *Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas*. Plan de Acción 2005 – 2007. OPS. [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: https://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/Indig_PLAN05_07_esp.pdf

⁵⁶ El acceso a este Plan se encuentra restringido por la OMS. Y, por ende, no es posible darles completo seguimiento a las líneas de acción. La información que se obtuvo de este Plan es a través de otros documentos expedidos por la OMS como resultado de dicho plan.

⁵⁷ En el segundo capítulo profundizaremos más sobre el pluralismo y sus problemas.

⁵⁸ *Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas*. Naciones Unidad México. [en línea] [julio-2021] Disponible en la web: <https://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>

herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud, entre otras⁵⁹.

Esta renovación implicó énfasis de la OMS y la OPS en el antes mencionado “adiestramiento” o “formación”, ahora conocido como “profesionalización”, de los médicos tradicionales para asegurar la calidad y la atención médica.

A 40 años de la Declaración de Alma-Ata, en 2018, mediante la Declaración de Astaná, se ratificó la importancia y el compromiso con a APS, con el cumplimiento de la meta “salud para todos” y con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en general, y con el tercer ODS en particular: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”⁶⁰;

En esta Declaración se comprometieron los países a velar por un tipo de APS y servicios de salud que sean de calidad; que brinden seguridad y sean integrales, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes; que presten sus servicios con compasión, respeto y dignidad; y que los profesionales de la salud estén bien formados, sean competentes y estén motivados y comprometidos⁶¹.

Asimismo, rectificaron su compromiso con la utilización de conocimientos científicos y tradicionales en la APS con el objetivo de fortalecerla, mejorar resultados en la salud y brindar el acceso universal. Este compromiso se adhiere a su compromiso de respetar los derechos, necesidades, dignidad y autonomía de los usuarios de la APS y los servicios de salud.

No obstante, respecto a la partería, como mencionamos, desde 1955 la formación de las parteras fue oficialmente gestionada por la OMS; aunque no fue en ese año el comienzo de la formación práctica de las parteras. Como parte del proyecto de la OMS, esta formación buscó asegurar la calidad y eficacia de la práctica tradicional en relación con determinados servicios de salud.

⁵⁹ *Prestación de Servicios de Salud en Zonas con Pueblos Indígenas. Recomendaciones para el Desarrollo de un Sistema de Licenciamiento y Acreditación de Servicios Interculturales de Salud en el marco de la Renovación de la Atención Primaria de la Salud.* OPS/OMS. 2009. Quito. P. 23 [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>

⁶⁰ “3. Salud y Bienestar”. *Objetivos de Desarrollo Sostenible.* ONU, 2015. en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

⁶¹ *Declaración de Astaná.* OMS, UNICEF. 2018. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Los principales servicios de salud que fueron relacionados con la partería, a partir de su profesionalización oficial, son la planificación familiar y la atención de la salud SSRMN.

1.2.2. Planificación familiar y el riesgo

La definición general de “salud”, por parte de la OMS es tener bienestar físico, mental y social. Ello implica, además, la ausencia de enfermedades y afecciones. De este término se derivan diferentes concepciones particulares de salud, tal como “salud reproductiva” y “salud maternoinfantil”.

La “salud reproductiva”⁶² va desde la capacidad reproductiva, hasta la libertad de decidir reproducirse y hacerlo sin riesgos; “implica que las personas tengan o se les posibilite la capacidad para reproducirse en el momento que consideren oportuno, que las parejas o mujeres que así lo decidan pueden tener un embarazo, parto y puerperio de evolución satisfactoria y que los niños sobrevivan y se desarrollen en un ambiente saludable”⁶³.

La salud reproductiva se relaciona de manera interdependiente con la “salud maternoinfantil”. La “salud maternoinfantil” implica la salud de la mujer y de su hijo antes, durante y después del embarazo. La atención a la salud maternoinfantil permite disminuir el riesgo reproductivo⁶⁴ y la mortalidad materna (MM)⁶⁵.

⁶² A partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, la definición de “salud reproductiva” propuesta por la OMS incluye la “salud sexual”.

⁶³ *Planificación familiar, salud reproductiva y población*. OMS. Washington, D.C., 17 de Marzo de 1993. [en línea] [marzo-2021] Disponible en la web: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18944>

⁶⁴ Un riesgo reproductivo es la probabilidad de que la madre y/o el feto o recién nacido sufran un daño o resultado no esperado, enfermedad durante el proceso de reproducción o mortalidad materna (MM) . Este tipo de riesgo puede identificarse antes (riesgo preconcepcional), durante (riesgo obstétrico), o desde la semana vigesimaoctava o posterior al embarazo (riesgo perinatal). Véase Sotelo, Juan Manuel. El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: una perspectiva latinoamericana. Informe Especial. Seminario sobre Riesgo Reproductivo. Asociación de Anticoncepción Quirúrgica; OPS/OMS: Egipto. 1991. P. 292. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16274>

⁶⁵ La Mortalidad Materna (MM) es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de su duración y lugar. Las causas de su muerte son cualquier aspecto relación a la gestación –o agravada por ésta– o con su forma de atención. Los accidentes o

Algunas de las intervenciones integrales que existen para la atención de la salud materna y la salud reproductiva es el control de embarazos saludables y atención del parto, el puerperio por personal capacitado, educación y asesoramiento en planificación familiar, tratamiento de la infertilidad, educación sexual y reproductiva, tratamiento médico del aborto, la anticoncepción, entre otros.

En la Proclamación de Teherán, en 1968, se reconoció el derecho fundamental de los padres “a determinar libre y responsablemente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”⁶⁶ y el derecho a interrumpir el embarazo. Para poder regular y procurar estos derechos se crearon las políticas públicas en términos de la planificación familiar.

En México, se promulgó la Ley General de Población en 1974, la cual sigue vigente. En su artículo 3º, sección II, se oficializaron por primera vez los programas de planificación familiar. Estos programas están a cargo de los servicios educativos y de salud pública.

A finales del mismo año se añadió en la Carta Magna de México el artículo 4º. En este artículo, por primera vez, se reconoce la igualdad de géneros y el derecho a la organización y al desarrollo de la familia. Es decir, se reconoce el derecho a la planificación familiar en tanto “desarrollo de la familia”.

La planificación familiar ha estado enfocada desde su origen, principalmente, en la regulación de la natalidad y la fertilidad, en el control de crecimiento poblacional, en la educación sexual, en los embarazos no deseados y en el asesoramiento a padres y madres. Ha sido una forma de ayudar a individuos o a parejas a alcanzar objetivos como “[...] evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular los intervalos entre los embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirán la familia”⁶⁷.

incidentes no son causas de MM. Véase *Salud Materna*, OMS. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=341:salud-materna&Itemid=387

⁶⁶ Momtaz, Djamchid. *Proclamación de Teherán*. Naciones Unidas. 13 de mayo de 1968. P. 2. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/proclamation%20sp.pdf>

⁶⁷ Turnbull, Lily M.; Pizurki, Helena. *La planificación de la familia en los estudios de formación de enfermeras y parteras*. OMS. Ginebra, 1974. P. 9. [en línea] [20-marzo-2021] Disponible en la web: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41604/WHO_PHP_53_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Asimismo, la planificación familiar ha intervenido en la disminución de muerte materna y contribuye al desarrollo social del país⁶⁸. En concreto, la planificación familiar ayuda a disminuir los riesgos reproductivos que se han registrado históricamente en la OMS: morbilidad y mortalidad en madres y niños.

El método de identificación, evaluación y gestión de riesgos por parte de la OMS comenzó en el decenio de 1970⁶⁹, el cual sigue vigente. En la década de 1980, los factores de riesgo⁷⁰ que había identificado la OMS en términos de salud maternoinfantil y salud reproductiva eran: lugar de residencia, espaciamiento entre embarazos, edad de la madre, parto prematuro previo, estado civil, muerte neonatal previa, educación, muerte fetal previa, abortos, muertes perinatales, paridad, crecimiento poblacional desmedido, embarazos no deseados, desenlace de embarazos anteriores, actividad física, condiciones de la vivienda, morbilidad durante el embarazo, hábito de fumar, estatura y peso de la madre, y atención prenatal inadecuada⁷¹.

Uno de los principales factores de riesgo que buscó intervenir la planificación familiar es la tendencia a tener familias numerosas en los países en desarrollo⁷². Esta tendencia, a su vez, va acompañada de indicadores como pobreza, ruralidad y desigualdad. De acuerdo con Sotelo, “la alta fertilidad registrada en las áreas rurales está

⁶⁸ *Idem.*

⁶⁹ Entre la década de 1960 y 1970 se realizaron estudios epidemiológicos prospectivos en Europa y Estados Unidos de América. Estos estudios resultaron en una enumeración y clasificación extensa de factores de riesgo. Para 1977 un Grupo de Expertos sobre Riesgo deliberó sobre la necesidad de comenzar a racionalizar los servicios de salud en virtud de los factores de riesgo observados. En 1981 la OPS organizó la Primera Reunión Regional sobre Enfoque de Riesgo en la Extensión de la Cobertura de Servicios de Salud en la cual se determinó “[...] el enfoque de riesgo como una estrategia fundamental para la atención primaria de salud y recomendó su aplicación en diferentes situaciones de desarrollo”. Véase Elbio Suárez, *El enfoque de riesgo en la atención perinatal y maternoinfantil*, OPS, División de Servicios Integradas de Salud. Washington, D.C., EUA, 1982.

⁷⁰ Los factores de riesgo son aquellas causas o síntomas identificables antes de que el acontecimiento o enfermedad predecible ocurra. Son “toda característica de una persona o grupo que está asociado a una probabilidad mayor (riesgo) de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de este proceso”. Por “riesgo” la OMS entiende “la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño. A su vez, “daño” es el resultado, afección o situación no deseada en función del cual se mide el riesgo. Véase Elbio Suárez, *El enfoque de riesgo en la atención perinatal y maternoinfantil*, OPS, División de Servicios Integradas de Salud. Washington, D.C., EUA, 1982. P. 483.

⁷¹ Sotelo, *op. cit.*, p. 291.

⁷² *Método de atención sanitaria de la madre y el niño basado en el concepto de riesgo*. OMS. Ginebra, 1978. [en línea] [20-marzo-2021] Disponible en la web: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41682/9243700391-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

claramente asociada con el alto nivel de demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar”⁷³.

Para el 2010, los factores de riesgo relacionados con la MM incluían la falta de uso de tecnología y conocimiento científico en la atención de la salud maternoinfantil. Así como también estaba relacionada la falta de “aptitudes” científicas existentes y la falta de acceso universal al servicio de atención médica.

La mortalidad materna es un síntoma del descuido fundamental de la salud y el bienestar de la mujer. Las defunciones durante el embarazo y el parto son casi totalmente prevenibles con las aptitudes y tecnologías existentes; sin embargo, no existe el acceso universal a los servicios que proporcionarían atención de salud materna apropiada e intervenciones obstétricas seguras. Toda mujer debe tener acceso a atención prenatal, de parto y de posparto de gran calidad en el contexto de la atención primaria de salud, incluido el acceso a servicios de referencia para las complicaciones obstétricas⁷⁴.

La salud maternoinfantil y la planificación familiar, en el siglo pasado fueron reconocidas como esenciales en la estrategia de la APS y en el logro de la meta “salud para todos en el 2000”. En el año 2000, la salud reproductiva y maternoinfantil fueron reconocidas como “fundamentales” para alcanzar los ODM y, a partir del 2015, para alcanzar los ODS⁷⁵.

Cabe mencionar que del tercer objetivo de la Agenda 2030 de ODS, que consiste en garantizar el bienestar y el acceso universal a la salud, se derivan las metas 3.1. que refiere a la salud materna: “Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos” y la 3.7. “Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”⁷⁶.

Ambas submetas, derivadas del tercer ODS, están relacionadas con la disminución de MM y al acceso a la planificación familiar y a la SSRMN. Asimismo, en la

⁷³ Sotelo, *op. cit.*, p. 296.

⁷⁴ OMS, 1995, en OPS. *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales*. 2010. P. 37. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49344/CLAP1578-spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

⁷⁵ *Sentar las bases de la salud sexual y reproductiva. Una historia de logros*. PNUD; UNFPA; OMS; Banco Mundial. Suiza, 2009. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70768/WHO_RHR_HRP_08.13_spa.pdf?sequence=1

⁷⁶ ONU, 2015, *op. cit.*

Declaración de Astaná la reducción de MM se relaciona con el acceso a la APS y con la planificación familiar.

Según las tendencias de MM de 2000 a 2007 calculadas por la OMS, la UNICEF, la UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (DPNU), hay una relación interdependiente entre la salud materna y la accesibilidad y calidad en la atención sanitaria, en donde el estado de la salud materna es el reflejo de tal acceso y calidad de la atención a la salud⁷⁷.

En el 2019, la OMS afirmó que las causas principales que generan la MM son complicaciones que podrían evitarse si fueran atendidas a tiempo. Estas complicaciones son hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); infecciones (generalmente tras el parto); hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto; abortos peligrosos⁷⁸.

Las complicaciones no son atendidas, según la OMS, por algunos factores que obstaculizan que las mujeres embarazadas reciban o busquen atención médica. Estos factores son: la pobreza; la distancia; la falta de información; la inexistencia de servicios adecuados; y las prácticas culturales. Para poder atender tales complicaciones, plantea esta organización la necesidad de “identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario”⁷⁹.

En este sentido, se acordó en el sector salud internacional y nacional que una de las principales formas de poder cumplir los objetivos relacionados con la SSRMN y brindar una efectiva planificación familiar, es contar con un equipo que pudiese tratar este tipo de salud de manera integral y profesional. El equipo se constituye de médicos obstetras, ginecólogos, médicos generales, enfermeras, de auxiliares y de parteras, si y sólo si cumplen con la formación, conocimiento y uso de tecnología adecuados.

A continuación, indicaremos cuál es la función de la partera en la planificación familiar a partir de su profesionalización.

⁷⁷ OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial, DPNU. *Tendencias en la mortalidad materna. De 2000 a 2017*. 2019. P. 5. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241516488>

⁷⁸ *Mortalidad Materna*. OMS. Septiembre, 2019. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

⁷⁹ *Ídem*.

1.2.3. Profesionalización de la partera tradicional y la SSRMN

El Comité de Expertos para la Formación Profesional de las Parteras creado en 1955 se encargó de estudiar la situación de las parteras y dictar principios generales para su formación o profesionalización. Estos principios generales son aplicables a todas las naciones de acuerdo con las variables particulares que implique cada país y localidad.

En el informe de dicho Comité se hace la división de tres tipos de partera: partera empírica tradicional, partera auxiliar y partera graduada. La partera graduada se le conoce en otros documentos de la OMS y del sector salud mexicano como “partera adiestrada” o “partera profesional”.

De acuerdo con este Comité, la partera profesional o graduada es aquella partera que recibe un tipo de formación de enfermería por parte del sector de salud pública, asociaciones o de universidades capacitadas y autorizadas para tal formación.

La partera profesional o graduada obtiene el título de “partera-enfermera”. Ya que la formación que recibe la partera, de acuerdo con el Comité de la OMS, debe contener los mismos principios y conocimientos en salud que recibe la enfermera para un eficiente desempeño: conocimiento en ciencias físicas y biológicas; conocimiento en teoría y práctica de asistencia de partos, antes, durante y posterior al mismo, de morbilidad y mortalidad maternas, de mortalidad perinatal y del establecimiento de fichas clínicas, comprensión de psicología, fisiología y patología del embarazo y del parto, comprensión de teoría y práctica del cuidado de enfermos, comprensión de leyes y reglamentos que regulan su profesión, entre otros⁸⁰.

Además, en este informe se relaciona la función de la partera profesional con la asistencia a la maternidad. La asistencia a la maternidad “[...] comprende los cuidados a la mujer embarazada antes del parto, la asistencia obstétrica necesaria para tener un parto normal, el reconocimiento de la madre después del parto, los cuidados al recién nacido y las medidas necesarias para mantener la lactancia”⁸¹.

La relación entre la asistencia materna y la partería se formuló oficialmente por este Comité en conjunto con el Comité de Maternidad, ambos de la OMS. Esta relación

⁸⁰ *Comité de Expertos para la Formación Profesional de las Parteras*. Primer Informe. Serie de Informes Técnicos. No. 93. OMS. Ginebra, 1955. P. 10 [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38461/WHO_TRS_93_spa.pdf

⁸¹ *Ibid.*, p. 5.

consiste en que la partera empírica tradicional sea capacitada y formada para convertirse en partera profesional. Una vez que ya cuente con el título correspondiente, se considera capacitada para poder asistir a la maternidad.

En 1979, la OMS expidió el documento *Parteras Tradicionales. Guía práctica para el adiestramiento, la evaluación y la articulación de este personal en los servicios de salud*. En esta guía se manifiesta como una preocupación la integración de la medicina tradicional y la científica con el objetivo de brindar atención de salud segura. Es decir, se buscaba que:

[...] los conceptos y las prácticas modernos y tradicionales queden tan integrados como para eliminar sólo las prácticas y los ritos tradicionales que son claramente nocivos, consiguiendo a la vez que la PT (partera tradicional) se apropie sólo de los conceptos y técnicas modernos que son absolutamente indispensables para la seguridad de las personas que ha de atender”⁸².

A modo de rectificación de los objetivos de adiestramiento de las parteras tradicionales, en 1993, la OMS en conjunto con la OPS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), realizaron una declaración en donde reiteran la necesidad del adiestramiento⁸³ de las parteras para brindar seguridad en su práctica.

En esta Declaración, en concreto, afirman que el adiestramiento de las parteras elimina el riesgo de la partería:

Las PT adiestradas pueden aportar una valiosa contribución a la maternidad sin riesgos, la planificación familiar, la supervivencia infantil y la salud para todos. Tanto los programas de adiestramiento como los de apoyo ulterior y supervisión deben fomentarse hasta que se haya dado formación a un personal más calificado y este esté encuadrado en un moderno servicio de salud y se encuentre aceptado por la comunidad⁸⁴.

⁸² *Parteras Tradicionales. Guía práctica para el adiestramiento, la evaluación y la articulación de este personal en los servicios de salud*. OMS, Ginebra, 1979, P. 8. [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41678>

⁸³ Los diferentes tipos de parteras, de acuerdo con esta Declaración, son:

- Una partera tradicional (PT) es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales.
- Por PT de familia se entiende la PT que ha sido elegida por una familia extensa para asistir los partos de sus miembros.
- La PT adiestrada es una PT o una PT de familia que ha seguido un curso de adiestramiento en centros modernos de asistencia sanitaria para mejorar su competencia.
- Una PT debidamente adiestrada (durante seis meses o un año) pasa con frecuencia a formar parte del personal de atención primaria de salud, aunque puede conservar sus funciones de partera y seguir asistiendo a las parturientas de su comunidad cuando se lo soliciten.

⁸⁴ *Parteras Tradicionales: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF*. OMS, Ginebra, 1993. P. 2. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38859>

Según estas organizaciones, la formación brindada a las parteras tradicionales se debe a que este tipo de parteras no está capacitado para brindar el servicio necesario a la madre, ni a su hijo. De acuerdo con dicha Declaración, “el adiestramiento de las PT (parteras tradicionales) ofrece la posibilidad de reducir la mortalidad y la morbilidad de las madres y los niños al combatir la ignorancia, desarraigar las practicas rituales peligrosas y promover las seguras, y facilitar el acceso a los métodos modernos de asistencia sanitaria”⁸⁵.

En términos estadísticos, la OPS en el 2010 sostuvo que el hecho de que las parteras tradicionales no atiendan partos, pero sí lo hagan las parteras profesionales (o matronas como también le llaman), disminuye la MM:

La atención del parto se ha modificado, pasando del empirismo al profesionalismo. Los registros señalan que la atención profesional del parto sufrió modificaciones en la primera mitad del siglo pasado. Es así como en el año 1925, el 12% de atención del parto era dado por matrona; un 75% por partera tradicional y un 5% por médico. El año 1955 se aumentaron a un 37% los partos atendidos por matronas y descendieron a un 12 % los atendidos por parteras tradicionales; un 43% estuvo a cargo de auxiliares de enfermería y 9% por médicos. En el año 1960, el 60% de los partos ocurrían en hospital o clínica y la mortalidad materna se encontraba en 299 por 100.000 nacidos vivos. Actualmente (2007) se encuentra en 18,2 por 100.000, con una cobertura del 99.8% de partos institucionalizados y, de estos, el 70% es atendido por una matrona. Lo anterior de algún modo ha influido en el descenso de la mortalidad infantil desde 333 en 1900 a 8,3 por 1.000 recién nacidos vivos en 2007⁸⁶.

Esta profesionalización consiste en la preservación de las prácticas y técnicas de la partera tradicional que no sean nocivas y sean beneficiosas para la salud de la madre y su hijo, y en la eliminación de las prácticas que considere la OMS nocivas o no beneficiosas⁸⁷.

La forma de poder identificar qué prácticas y técnicas de las parteras son dañinas, inofensivas o beneficiosas consistió en la investigación minuciosa y a profundidad de la labor de la partera tradicional, su relación con la comunidad, sus prácticas socioculturales y su función en la comunidad a la que pertenece. Es decir, “una interpretación conciliatoria

⁸⁵ *Ibid.*, p. 4.

⁸⁶ OPS IB, 2009, en Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales*. 2 ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. P. 38 [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1578.pdf>

⁸⁷ Turnbull, Lily M.; Verderese, Ma. De Lourdes. *The Traditional Birth Attendant in Maternal and Child Health and Family Planning*. OMS. Genova. 1975. P. 38 [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37515>

de los factores impuestos por la cultura y las tradiciones locales facilitará mucho su transformación en un sentido progresivo”⁸⁸.

No obstante, la formación de las parteras fue propuesta a partir de los resultados de las investigaciones realizadas por la antropología mexicana. Aguirre Beltrán, en el texto resultante de la Asamblea de la OMS en 1955, afirma que el entrenamiento de las parteras permite modificar las creencias y prácticas consideradas nocivas para la salud de la madre y su hijo.

Algunas de tales creencias y prácticas son las relacionadas con la alimentación de la embarazada y al trabajo de parto. Respecto a la alimentación, Beltrán sostiene que uno de los problemas es que hay “interdicciones de carácter mágico” que evitan que reciba proteínas de origen animal. Por su parte, también sostiene que es nocivo el que los partos se realicen en casas particulares y en bosques, debido a que no se tienen las condiciones que permitan asegurar la vida de la madre y del niño en casos que presenten complicaciones⁸⁹.

Además, afirma que las parteras deben preservarse y entrenarse debido a su contacto con las comunidades indígenas, el estatus social con el que cuentan y el nivel de especialidad que tienen sobre sus grupos étnicos⁹⁰.

En este sentido, las parteras tradicionales son capacitadas y profesionalizadas también porque son útiles⁹¹ al sector salud. No son útiles por tener más fuerza laboral en los servicios de salud, sino porque ejercen como promotoras culturales, ya que conocen a las comunidades donde laboran y les abre las puertas de dichas comunidades a los sistemas de salud nacionales⁹².

Las parteras tradicionales son conocidas, aceptadas y respetadas en su comunidad. Así como también ellas conocen bien a su comunidad y saben cómo actúan en relación con sus diferentes prácticas, culturas y necesidades. Incluso, tienen un grado de autoridad en tales comunidades y pueden influir en ellas; esta influencia es beneficiosa para la labor del sector salud y de la OMS a partir de la profesionalización de las parteras:

⁸⁸ OMS, 1955, *op. cit.*, p. 4.

⁸⁹ Aguirre Beltrán, *Programas de salud...*, *op. cit.*, pp. 134-135.

⁹⁰ *Ibid.*, p. 137.

⁹¹ En los documentos de la OMS ocupan dicho término cuando se refieren a la función de las parteras en el sector salud.

⁹² *Ibid.*, p. 50.

La formación de la partera empírica tendrá que ser entendida de una manera particular, si se quiere provechar su influencia en las pequeñas localidades y obtener su cooperación para la ejecución de los programas de higiene maternoinfantil. [...] Por útiles que puedan ser esas cualidades adquiridas gracias a su destreza natural, no es posible olvidar que la partera empírica está desprovista de instrucción escolar y que, en consecuencia, su capacidad de entender y asimilar cuestiones técnicas suele ser muy lenta. La formación que se le dé tendrá que apoyarse, pues, en lo que haya de aprovechable en su práctica⁹³.

En concreto, la profesionalización de las parteras resulta no sólo de la necesidad de la OMS de que la partera tradicional que conozca y aprenda los postulados científicos en salud materna y reproductiva para eliminar prácticas nocivas y riesgosas y disminuir los riesgos relacionados con la SSRMN, sino también surge de la necesidad de tener un vínculo con las comunidades rurales e indígenas a las que tiene acceso la partera para generar, a su vez, el acceso del sistema de salud público a tales comunidades.

La formación de las parteras profesionales es un medio de extender los servicios de salud de la madre y el niño y de planificación familiar a las poblaciones mal asistidas, a partir de la articulación entre los servicios de la partera y el sistema de atención de salud nacional⁹⁴.

Esta profesionalización, entonces, comienza al “[...] estudiar sus costumbres, creencias y actitudes inherentes a la práctica en comparación con los estándares de análisis de maternidad segura”⁹⁵, y termina en el cambio de patrones de comportamiento de las parteras en relación con la atención materna y la articulación entre parteras profesionales y sector salud público.

De acuerdo con la OMS, la OPS, la FNUAP y la UNICEF, este cambio de patrones de la partera tradicional permite que la partera pueda cumplir un rol en los servicios de salud pública dentro del equipo médico preparado para la atención materna y gineco-obstetra. Así como también la formación las ayuda a “[...] desempeñar con menos riesgos las funciones que ya tenían a su cargo previamente”⁹⁶.

⁹³ OMS, 1955, *op. cit.*, p. 20.

⁹⁴ OMS, 1979, *op. cit.*, p. 9.

⁹⁵ Turnbull, *op. cit.*, p. 38.

⁹⁶ OMS, 1993, *op. cit.*, p. 17.

1.2.4. Partera profesional y el sistema de salud

De acuerdo con el informe del Comité de Expertos de la OMS sobre la Función de la Partera en la Asistencia a la Madre, la partera profesional, graduada o adiestrada tiene como una de sus funciones en el sector salud participar en los programas de planificación familiar. Esta función se debe a su estrecho contacto con la familia en las comunidades donde labora⁹⁷.

Las funciones que realiza la partera profesional en la planificación familiar son de "asistencia", ninguna incluye la atención del parto o realización de tal. Sus funciones se supeditan a asistir al médico o a la enfermera, apoyar con cuidados y atenciones previas y posteriores al parto requeridas.

No obstante, la OMS consideró en 1974 la posibilidad de que asistan partos en algunos países, pero bajo la condición de su formación práctica y teórica, y bajo la consideración de una necesaria supervisión médica, en la medida de lo posible. Esta consideración ocurrió pensando en países donde la partera asistía partos y prestaba servicios a la colectividad de manera exclusiva, debido a las condiciones del país, aislamiento de la comunidad, etc.

Dentro de los servicios de planificación familiar, el personal de la enfermería y partería tiene tres funciones principales: la localización de casos (identificación de personas que necesitan los servicios de planificación familiar, brindar información sobre servicios, generar interés para recibir atención médica y levantamiento de información personal para su registro en el servicio), la iniciación a las prácticas de planificación de la familia (distribución de preparaciones u otros medios contraceptivos a personas interesadas y el envío de ellas a al lugar, al especialista o al servicio adecuado requerido para su atención) y la asistencia ulterior (continuidad en atención de planificación para la perseverancia del uso de anticonceptivos y para la examinación médica constante)⁹⁸.

Además de la planificación familiar, otras parteras profesionales se dedican a dar primeros auxilios, la educación sanitaria sobre nutrición, lactancia natural, higiene personal y ambiental, prevención de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), a la vigilancia del crecimiento de los niños y su vacunación, distribución

⁹⁷ Comité de Expertos de la OMS sobre la Función de la Partera en la Asistencia a la Madre. Ginebra. 1966.

⁹⁸ Turnbull, Lily M.; Pizurki, Helena, *op. cit.*, p. 15

de sueros orales, preservativos y anticonceptivos orales. Así como también participan en la recogida de datos respecto a la mortalidad y morbilidad materna e infantil⁹⁹.

Actualmente, la partera brinda atención de la SSRMN, así como también brinda atención al recién nacido. Es decir, la función de la partera sigue en relación con la planificación familiar y asistencia a la madre y su hijo antes, durante y posterior al parto.

La partería en México es realizada por “[...] parteras profesionales, parteras técnicas, enfermeras obstetras, enfermeras generales, médicos generales y gineco-obstetras”¹⁰⁰. Oficialmente sólo el equipo capacitado en términos de salud puede realizar cualquier labor de partería.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, las parteras pueden realizar partos siempre y cuando estén capacitadas para ello y los partos no presenten complicaciones, pero afirma que al menos una de cada diez mujeres presenta complicaciones¹⁰¹:

La mayor parte de las muertes maternas se presenta entre el trabajo de parto y las siguientes 24 horas, lo cual indica que en caso de complicaciones no hay tiempo que perder. Así que el establecimiento previo de acuerdos entre el sistema tradicional (parteras) y los servicios de salud (médicos, hospitales o clínicas...) es indispensable para evitar la muerte materna¹⁰².

Sin embargo, dentro del sistema de salud pública mexicano las parteras ya no figuran como parte del equipo de atención de partos. Y pese a la educación intercultural que el programa de IMSS-Oportunidades incentivó con fines de capacitar a las parteras para prevenir riesgos y canalizar a las mujeres con médicos obstetras sin que hubiera discriminación, las parteras profesionales en México sólo acompañan a las embarazadas, “[...] brindan información sobre métodos de planificación familiar, y llevan a las mujeres a las unidades médicas para que obtengan el anticonceptivo que se adecue a sus necesidades [...]”¹⁰³.

⁹⁹ *Ibid*, p. 7.

¹⁰⁰ *El estado de las parteras en el mundo 2014: oportunidades y retos para México*. OMS; OPS; UNFPA; Confederación Internacional de Matronas. 2014. P. 3 [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Las_parteras_del_mundo.pdf

¹⁰¹ No obstante, nunca se muestra en el documento las estadísticas, ni la metodología que les permitió recabar la información y para brindar esos números.

¹⁰² *Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Parteras Tradicionales*. Secretaría de Salud, México P. 11. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29576/MetodologiaEEM.pdf>

¹⁰³ *IMSS-Bienestar trabaja con parteras rurales en beneficio de las mamás y sus bebés*. IMSS. México. Septiembre, 2019. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201909/395>

Para el 2014, mediante el documento *Estado de las Parteras en el Mundo 2014: oportunidades y retos para México*, se plantean cuatro criterios que debe cumplir el sistema de salud en México y la partería, para hacer efectivo el derecho a la salud y cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Esos cuatro criterios son disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Estos elementos, a su vez, son criterios de evaluación y gestión de la partería en México dentro del sistema de salud nacional:

- **Disponibilidad:** que haya personal disponible capacitado de acuerdo con las normas internacionales para atender la SSRMN.
- **Accesibilidad:** acceso de las mujeres a una red de servicios y personal de partería capacitado y adecuadamente remunerado.
- **Aceptabilidad:** que los servicios, establecimientos y personal de salud vinculado a la atención sean culturalmente adecuados y respetuosos en el trato.
- **Calidad:** que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista médico, científico y de buena calidad¹⁰⁴.

De acuerdo con la Estrategia Mundial de Partería 2018-2030 de la UNFPA, la partería hoy en día consta de la atención prenatal, intraparto y postnatal, las parteras también brindan consejería y servicios de planificación familiar; prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, malaria gestacional, fístula, infecciones de transmisión sexual, sífilis congénita; prestación de servicios de atención postaborto y atención esencial al recién nacido¹⁰⁵.

En esta estrategia se plantean seis ejes de acción estratégicos para poder mejorar la calidad y el cuidado de la salud reproductiva, materna y neonatal:

- **Educación:** parteras competentes y capacitadas para garantizar atención de calidad
- **Regulación:** para la práctica autónoma de la partería, la seguridad del usuario y atención de calidad.
- **Asociaciones profesionales:** asociaciones fuertes y que funcionan bien, que pueden elevar el perfil de la partería y representar a la profesión
- **Fuerza laboral de partería:** mayor uso de políticas, estrategias y planes que tengan en cuenta las cuestiones de género para contratar, desplegar y retener a las parteras.
- **Entorno propicio:** marco jurídico y normativo de apoyo y entorno de trabajo para que las parteras proporcionen una calidad respetuosa
- **Parteras reconocidas como parte integral de la salud sexual y reproductiva de la madre y el recién nacido**¹⁰⁶.

¹⁰⁴ *Ibid.*, pp. 4-6.

¹⁰⁵ *Estrategia Mundial de Partería 2018-2030*. UNFPA. P. 2. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://lac.unfpa.org/es/publications/unfpa-estrategia-mundial-de-parter%C3%ADa-2018-2030#:~:text=La%20Estrategia%20del%20Programa%20Mundial,Salud%20Materna%20entre%202008%2D2016>.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 3.

Esta estrategia mundial se basa en recomendaciones y estándares mundiales propuestos por la OMS en materia de salud materna y partería, y en los estándares mundiales de la Confederación Internacional de Matronas (CIM) de la práctica de la partería.

En 2009, la OMS emitió *The Global standards for the initial education of professional nurses and midwives* (Estándares globales para la educación inicial de enfermeras y parteras profesionales). Estos estándares tienen como objetivo el dar criterios generales de educación para la profesionalización competente de las enfermeras y parteras.

El objetivo de los estándares globales es establecer criterios educativos y asegurar resultados que: a) se basan en pruebas y competencia; b) promover el carácter progresivo de la educación y el aprendizaje permanente; y c) asegurar el empleo de profesionales que sean competentes y que, al brindar una atención de calidad, promuevan resultados de salud positivos en las poblaciones a las que sirven.¹⁰⁷

Estos estándares, afirma la OMS, están determinados por bases sólidas que permiten determinar lo que necesitan, de manera general, los planes de estudio de partería y enfermería para poder brindar un servicio de salud de calidad. Asimismo, afirma que debe tenerse en cuenta la necesaria la relación entre teoría-práctica y estudiante-paciente para poder poner a prueba el conocimiento en la práctica, poder revisar y evaluar las normas.

Por su parte, los estándares de la CIM fueron creados en 2002 en conjunto con la OMS, y fueron actualizados en 2019. Estos estándares se plantean como *Competencias esenciales de la práctica de la partería*. Según el informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011* de la UNFPA, “cuando una partera ha recibido educación en todas las competencias, esto posibilita que ofrezca todas las intervenciones recomendadas por la OMS que abarquen el conjunto continuo de atención”¹⁰⁸

Los estándares de la CIM están divididos en cuatro categorías relacionadas con recomendaciones de salud materna y los estándares de la OMS: competencias generales, competencias de pre-embarazo y cuidado prenatal, competencias de

¹⁰⁷ *The Global standards for the initial education of professional nurses and midwives*. OMS, Ginebra. 2009. P. 10. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44100/WHO_HRH_HPN_08.6_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹⁰⁸ *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011*. UNFPA. P. 5. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_SoWMy_Full_1.pdf

cuidados durante el parto y el nacimiento, y competencias de cuidado continuo de mujeres y recién nacidos¹⁰⁹.

Así, la OMS en conjunto con la CIM han creados estándares mundiales que determinan cómo deben ser formadas las parteras y cómo debe prácticas la partera su profesión. Ambos estándares son complementarios. Y aunque en ambos se afirma la necesidad de adaptar y evaluar localmente los estándares, expresan que la formación educativa y profesional de las parteras es obligatoria para poder ejercer su práctica.

Sin embargo, desde finales de la década de 1990, y hasta la actualidad, la OMS ha declarado abiertamente que la partería profesional ayuda a reducir el riesgo de muerte materna. Ha afirmado que “muchos estudios indican que el fortalecimiento de la capacidad en partería, es decir, prestar atención por personal capacitado durante el nacimiento a todas las madres, es un componente esencial de los programas para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, en particular, y promover la salud reproductiva, en general”¹¹⁰. Empero, pocos documentos de la OMS incluyen la atención o realización de parto como una de las funciones de la partera.

1.3. La partería sin práctica en México

En México, la partería, pese a ser una práctica milenaria y ser considerada dentro de la medicina tradicional, ya no se practica en todos los poblados del país. Aun con las legislaciones nacionales e internacionales que obligan la profesionalización de las

¹⁰⁹ Confederación Internacional de Matronas (CIM). *Competencias esenciales para la práctica de la partería*. Edición 2019. P. 2. [en línea] [enero-2021]. Disponible en la web: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/icm-competencies-es-screens---28-oct-2019.pdf>

¹¹⁰ *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales*. 2 ed. OPS; CLAP; SMR. Montevideo. 2010. P. 10. [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49344>

parteras, la práctica de la partería se ha relegado, sustituido y hasta prohibido en lugares como Cuetzalan, Puebla, Oaxaca, Chiapas, Jalisco, entre otros¹¹¹.

La partería forma parte de la Ley General de Salud mexicana, en los artículos 61, 64, 64 Bis y 65. La Iniciativa con Proyecto de Decreto por la cual se reforman y adicionan tales artículos en esta ley sostuvo como principal argumento que, para la mujeres indígenas, afroamericanas y rurales, “[...] el sistema sanitario institucional ha invisibilizado, relegado y satanizado al sistema tradicional. En el 2018, el 90.15% de partos fueron atendidos por personal de salud, lo que implica un aumento de las cesáreas realizadas, provocando un problema de salud pública”¹¹²

Actualmente, la obstetricia funge como la forma principal de atención de partos en el sistema de salud nacional. Este tipo de conocimiento se considera calificado internacionalmente para poder procurar el derecho a la salud y disminuir la MM¹¹³ con base en los lineamientos institucionales de la medicina científica.

En la atención SSRMN brindada por personal capacitado y formado desde la medicina científica se han detectado un gran número de casos relacionados con problemas de violencia obstetra y negligencia médica.

Por su parte, en la partería se han detectado menos problemas en la atención a la SSRMN. De acuerdo con el proyecto *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*, los resultados de la investigación sugieren que los problemas más comunes vinculados con la atención de partos de la partera profesional y tradicional son “[...] el

¹¹¹ Freyermuth, Graciela, *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*. Observatorio de mortalidad materna en México, CIESAS. México, 2015. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: <https://parteria-omm-ciesas.org/investigaciones>

¹¹² Peralta de la Peña, Ana Patricia; Contreras Castillo, Armando; Escobar y Vega, Arturo; et. al. *Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforman y adicionan los artículos 61, 64, 64 Bis y 65 de la Ley General de Salud*. Senado de la República. México. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/2/2020-05-27-1/assets/documentos/Inic_PVEM_Dips_Escobar_Peralta_Contreras_61_64_64_bis_y_65_de_la_ley_general_de_salud.pdf

¹¹³ Las principales causas de MM en México son la Hemorragia obstétrica (22.5%), Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (20%) y Enfermedad del Sistema Respiratorio (15%). Véase *Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica*. Secretaría de Salud; Dirección General de Epidemiología (DGE). México. 2019. [en línea] [noviembre-2020] Disponible en la web: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/432539/MM_2019_SE03.pdf

uso de venoclisis y sustancias para apresurarlo [...] (y) la presión del abdomen para expulsión del bebé”¹¹⁴.

A diferencia de la medicina obstétrica, la partería no tiene denuncias de ningún tipo de violencia, ni de mortalidad. Contrario a ello, instituciones como la Secretaría de Salud Nacional¹¹⁵, CNDH¹¹⁶, la Fundación MacArthur¹¹⁷ y la OPS¹¹⁸, y hasta la propia OMS, como mencionamos anteriormente, afirman y recomiendan que la práctica de la partería es una manera de disminuir la MM, siempre y cuando sea ejercida por una partera profesional.

De acuerdo con Angélica Ramírez y Leticia Hernández, académicas de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM, “en México cerca del 25 por ciento de las mujeres embarazadas, en parto o puerperio, perciben que enfrentan violencia obstétrica, es decir, maltrato u omisiones al acudir a las instituciones de salud”¹¹⁹.

La violencia obstétrica es aquella que “[...] se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente. Se presenta en los lugares que prestan servicios médicos y se da en todas las esferas de la sociedad”¹²⁰.

¹¹⁴ Saldaña, Vianey; Salas, Liliana; Maciel, Nadia; *et. al.* “Resultados de Guerrero: la partería en México desde el punto de vista de las usuarias”, Resumen ejecutivo. En Freyermuth, Graciela, *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*. Observatorio de mortalidad materna en México, CIESAS. México, 2015. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/RE_GUE.pdf

¹¹⁵ Secretaría de Salud. *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*. Gobierno de México. México. P. 4 [en línea] [abril-2020] Disponible en la web: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>

¹¹⁶ *La Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica y en su Defensa como un Derecho Cultural*. CNDH. México. 2019.

¹¹⁷ Atkin, Lucille C.; Keith-Brown, Kimberli; Rees, Martha, *et. al.* *Iniciativa de la Fundación MacArthur para promover la partería en México*. Informe de resultados de la línea base. Fundación MacArthur. México. 2017 [En línea] [agosto-2020] Disponible en la web: https://www.macfound.org/media/files/Linea_de_Base_Parteria_Junio_2017.pdf

¹¹⁸ Jiménez Silva, Ángel. *Medicina tradicional*. CONAMED; Secretaría de Salud; OMS; OPS. México. 2017. P. 2. [en línea] [agosto-2020] Disponible en la web: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin13/medicina_tradicional.pdf

¹¹⁹ *Una de cada cuatro mexicanas sufre violencia obstétrica en instituciones de salud*. Boletín UNAM-DGCS-423. México, Ciudad Universitaria, 22 de junio de 2016. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016_423.html

¹²⁰ Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. *¿Sabes en que consiste la #Violencia obstétrica?* México. Marzo, 2016. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sabes-en-que-consiste-la-violencia-obstetrica?idiom=es>

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) afirma que otra forma de ejercer violencia obstetra es la cesárea. “En México, de las 3.7 millones de mujeres a las que se les practicó este procedimiento quirúrgico (entre 2011 y 2016), el 10.3% no fue informada de la razón, y al 9.7% no le pidieron su autorización para realizarla”¹²¹.

Otros tipos de violencia obstétrica es la negación al servicio médico, no permitir a la mujer elegir su posición durante el parto, uso de medicamentos no justificados, esterilización o aplicación de métodos anticonceptivos sin previo aviso o la coacción para su uso y la intervención quirúrgica innecesaria.

Pese a las cifras de violencia y negligencia obstetra, y pese a las recomendaciones institucionales de utilizar a parteras profesionales para la disminución de MM, la actual situación de la práctica de la partería es que se ha prohibido en algunos poblados, se ha relegado en otros y también se ha modificado; ya que la profesionalización de las parteras está enfocada en que brinden servicios de APS relacionados con la SSRMN, no contempla la atención de partos.

En Cuetzalan, Puebla, fue eliminado el Hospital Mixto bajo el argumento de que era necesario hacer un hospital de segundo nivel: el actual Hospital General de Cuetzalan, creado en 2009. El Hospital Mixto reunía en un mismo lugar a la medicina tradicional, en donde se incluía a la partería, y a la medicina científica como formas de APS.

Actualmente, encontramos, anexo al Hospital General de Cuetzalan, se Módulo de Medicina Tradicional. En este módulo hay parteras profesionales y curanderos que brindan APS. No obstante, las parteras, aunque están capacitadas y certificadas, tienen prohibido realizar partos (aun cuando en el módulo hay el equipo para ello), así como también tienen prohibido acompañar la labor de los partos que se realizan en el Hospital General.

Las razones de la prohibición de la práctica que han dado las autoridades del sector salud del municipio refieren a que la partería tradicional es un riesgo para la salud

¹²¹ CENIDSP. *La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

materna. Se asume como riesgo la práctica por falta de conocimiento de la medicina científica¹²².

Las parteras en Cuetzalan, dentro y fuera del Módulo, sólo fungen con la función de sustituir a las enfermeras en términos de APS, de ser promotoras de la reproducción sexual afiliadas como voluntarias al Sistema Nacional de Salud, de ser sustitutas de curanderos y de ser palpadoras y sobadoras de mujeres embarazadas “para acomodar al niño”¹²³.

Respecto a la medicina obstetra, Puebla, hasta el 2016, ocupaba “[...] el cuarto lugar nacional de quejas de violencia obstétrica y el quinto en muerte materna, debido a la negligencia y deficiencias en el servicio que proporcionan los hospitales adscritos a los Servicios Estatales de Salud (SESA) y a las instituciones de seguridad social”.¹²⁴

Uno de los casos de negligencia más conocidos en Cuetzalan, Puebla, es el caso de una mujer indígena de 16 años, la cual tuvo dentro a un feto muerto por 84 horas. Ella fue atendida durante el embarazo en el Centro de Salud sin determinar y tratar correctamente algunas complicaciones que mostró durante el embarazo.

Su caso está registrado en el expediente CNDH/4/2017/7163/Q, “caso violación al derecho a la protección de la salud e interés superior de la niñez, por inadecuada atención médica en agravio de v, en el Hospital General de Cuetzalan, de la Secretaría de Salud de Puebla”¹²⁵. En el expediente se afirma que la mujer fue palpada por una partera y ella le indicó que asistiera al hospital para un ultrasonido, porque no sentía movimiento por parte del feto¹²⁶.

¹²² Entrevista realizada por Torres Campoy, Silvana. Entrevistado Dr. José Velez, Director de Hospital General de Cuetzalan. Realizada en Cuetzalan, Puebla, en enero de 2020.

¹²³ Entrevista realizada por Torres Campoy, Silvana. Entrevistada Doña Carmen, Partera de Médicos Tradicionales Talkampa. en Cuetzalan, Puebla, enero de 2020.

¹²⁴ Gómez Barojas, Arelia; Carrasco Gómez, Mónica. “La partería en Puebla durante el periodo 2009-2016. Percepción de las usuarias”, Resumen ejecutivo. En Freyermuth, Graciela, *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*. Observatorio de mortalidad materna en México, CIESAS. México, 2015. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/RE_PUE.pdf

¹²⁵ González Pérez, Luis Raúl. *Recomendación no. 81/2018. Sobre el caso de violación al derecho a la protección de la salud e interés superior de la niñez, por inadecuada atención médica en agravio de v, en el Hospital General de Cuetzalan, de la Secretaría de Salud de Puebla*. CNDH. Puebla, México. 21 de diciembre de 2018. P. 25. [En línea] [junio-2020] Disponible en la web:

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2018/Rec_2018_081.pdf

¹²⁶ La mujer pasó 84 horas internada en el hospital sin que fuera extraído el óbito y sin considerar las consecuencias mortales que ello podría traer para la mujer. Debido a la inadecuada valoración y vigilancia que recibió la mujer

En el Istmo Oaxaqueño las parteras tampoco realizan partos, salvo en algunas localidades rurales. “Las parteras son desplazadas hacia la práctica de la sobada propiciando así la paulatina desaparición de su función; sin embargo, se reflejó también el destacado papel que aún desempeñan en las áreas rurales”¹²⁷.

En la capital de Oaxaca la atención de parto mediante la partería ha dejado de ser una posibilidad. Pero hay una normalización de la violencia obstetra por parte de las mujeres.

Se evidencia la normalización de la violencia obstétrica de la que son objeto las mujeres en el modelo institucional, y han internalizado el maltrato que reciben en estos servicios; prueba de ello es que ninguna tomó cartas en el asunto o se quejó cuando fue víctima de este tipo de situaciones¹²⁸.

Los diferentes tipos de violencia ejercida a las parturientas por parte del Sistema de Salud del Jalisco van desde la atención de diferentes médicos en las citas de revisión previas al parto, amenazas con la no obtención de incapacidad laboral, hasta la no traducción a su lengua materna indígena antes, durante y posterior al parto¹²⁹.

Además, las mujeres jaliscienses entrevistadas prefieren la atención de medicina mixta: partería y obstetricia privada. Expresan satisfacción con esta modalidad por...

[...] haber tenido un parto poco intervenido, con la compañía ya sea de sus doulas o parteras, aprecian el acompañamiento emocional, la presencia y el apoyo de sus parejas y familiares. Buscan una manera alternativa de parir, pero con la precaución de estar en un hospital privado en caso de que se presentara cualquier complicación¹³⁰.

durante el trabajo de parto, fue acusado el accionar de los médicos como negligente y como un tipo violación del derecho a la salud.

¹²⁷ Ramírez, Alba. “El parto en el modelo público institucional y con partera tradicional: motivaciones de las mujeres del Istmo oaxaqueño”, Resumen ejecutivo. En Freyermuth, Graciela, *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*. Observatorio de mortalidad materna en México, CIESAS. México, 2015. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/RE_OAX.pdf

¹²⁸ *Idem*.

¹²⁹ Gil, Gabriela. “Modelos de partería” en Jalisco, Resumen ejecutivo. En Freyermuth, Graciela, *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*. Observatorio de mortalidad materna en México, CIESAS. México, 2015. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/RE_JAL.pdf

¹³⁰ *Idem*.

La mencionada violencia ejercida a la mujer por parte de la medicina obstetra es común también en estados como Chiapas¹³¹, Guerrero¹³² y Yucatán¹³³. Estos estados son parte de los 21 estados con población indígena en su territorio, pero se practica la medicina obstetra principalmente.

Dentro de la historia de la medicina científica podemos dar cuenta de otro caso controversial en términos negligencia médica por parte de los obstetras. Este caso es de la fiebre puerperal y los hallazgos de Ignaz Philipp Semmelweis.

La fiebre puerperal era una de las principales causas de MM en el siglo XIX en Viena. El obstetra Semmelweis, quien trabajaba en la clínica de ginecología del Hospital General de Viena, halló que la principal causa de la sepsis era la falta de lavado de manos de los estudiantes médicos posterior al contacto con cadáveres. “Existía una ‘materia cadavérica’ que era transportada por las manos de los médicos y estudiantes que tenían a su cargo la atención de las madres en trabajo de parto en la Clínica 1 y generaba en ellas la fatal enfermedad”¹³⁴.

Este hallazgo le permitió a Semmelweis argumentar en favor de la práctica de las parteras o matronas en relación con la reducción de MM. Pues aseveró que la baja tasa de mortalidad de las mujeres y sus hijos cuando tenían su parto en la calle, a domicilio o en la clínica de atención con parteras, se debía a que las parteras no tenían contacto con cadáveres¹³⁵.

¹³¹ Villanueva, Ollinca. Atención materna en Chiapas: reflexiones en torno al modelo de atención institucionalizado, Resumen ejecutivo. En Freyermuth, Graciela, *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*. Observatorio de mortalidad materna en México, CIESAS. México, 2015. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/RE_CHIS_OV.pdf

¹³² Saldaña, *op. cit.*

¹³³ Uicab, Gloria; Juárez, Mercedes. “Factores que determinan que las mujeres embarazadas de bajos recursos seleccionen el modelo de partería tradicional para la atención de su parto en zonas rurales del estado de Yucatán”, Resumen ejecutivo. En Freyermuth, Graciela, *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*. Observatorio de mortalidad materna en México, CIESAS. México, 2015. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/RE_YUC_GUMJ.pdf

¹³⁴ Miranda C., Marcelo; Navarrete T., Luz. *Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas*. Revista chilena de infectología, Chile. 2008. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000100011

¹³⁵ Serrano Combarro, Ángel. *Métodos de evaluación y promoción de la adecuación del correcto lavado de manos en el área de hospitalización del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. Facultad de Medicina Universidad de Cantabria. Santander, junio de 2018. P. 13 [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14333/Serrano%20Combarro%20Angel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

En síntesis, las evidencias de los índices de MM, de negligencias y de violencia antes, durante y después del parto, posicionan a la medicina obstetra con un índice alto en términos de vulnerabilidad de la salud maternoinfantil. No obstante, la partería es la práctica que se ha profesionalizado y prohibido en México. Así como también es la que se ha relegado a la tarea sólo de atención de la SSRMN.

Capítulo 2. Propuestas epistemológicas para el análisis de la práctica de la partería en México

La medicina tradicional y la partería son consideradas, por parte de la OMS y la antropología médica, como medicinas alternativas a la medicina científica. Este reconocimiento oficial de la diversidad de medicinas a nivel mundial puede interpretarse como un tipo de pluralismo médico.

El pluralismo médico o pluralismo asistencial consiste en el conjunto de conocimientos y prácticas médicas que existen y pueden ser elegidas por cualquier sujeto para atender su salud. Es decir, el "pluralismo médico describe la disponibilidad de diferentes enfoques, tratamientos e instituciones que las personas utilizan para mantener la salud o tratar enfermedades. Más comúnmente, el pluralismo médico implica el uso de la medicina occidental (o "biomedicina") y lo que se denomina "medicina tradicional" y "medicina alternativa"¹³⁶.

Sin embargo, aunque el pluralismo médico propuesto por la OMS se caracteriza por reconocer la diversidad de medicinas, ese reconocimiento conlleva al desarrollo, fortalecimiento, profesionalización, regulación y gestión de tales conocimientos y prácticas. Este pluralismo médico se basa en el reconocimiento de medicinas tradicionales y alternativas con el objetivo de profesionalizar y supervisar las prácticas, y regular los productos que son, de acuerdo con la OMS, riesgosas para la salud.

Por su parte, la partería es una forma de observar el mundo, de describir sus componentes y de solucionar problemas. Leyendo a Paul Feyerabend, la partería es una teoría alternativa no científica que determina su propia experiencia del mundo en relación con el embarazo y la mujer.

Esta propuesta pluralista del conocimiento y su propuesta pragmatista de observar y determinar la experiencia no es validada por el conocimiento científico avalado por la OMS; quien determina cómo se realiza un parto, quiénes se encargan de realizarlo y mediante qué instrumentos se realiza, a través de sus regulaciones, recomendaciones y convenios.

¹³⁶ Khalikova, Venera, *op. cit.* p. 1. (Traducción propia).

Es decir, para la OMS y sus Comités especializados en partería, en salud materna y las demás instituciones que se apegan a las recomendaciones y convenios mediante los cuales se generan políticas públicas en términos de salud materna, el pluralismo teórico propuesto por Feyerabend es algo que no aplica en términos de partería; esto pese al pluralismo médico que presumen asumir.

La partería no es válida para el conocimiento científico, debido a que, según la comunidad científica de la OMS y que colabora con la organización, la partera no tiene la capacidad ni la formación para atender un parto. En consecuencia, las políticas públicas generadas por esta institución, que gestionan y regulan la partería, en tanto práctica, están enfocadas en la formación de la partera tradicional y su asignación de tareas de asistencia, no de atención.

Teniendo en cuenta la exclusión de la partería por parte de la medicina científica obstetra en la atención de partos, a partir de las políticas públicas internacionales y nacionales, en este capítulo vamos a identificar, en un primer momento, mediante la epistemología anarquista de Paul Feyerabend, cuáles son los problemas epistémicos que enfrentan las teorías alternativas no científicas en la creación de conocimiento; y expondremos su solución pluralista y pragmatista a dichos problemas

En un segundo momento, vamos a describir algunos de los problemas implicados en dos tipos de pluralismo, incluido el de Feyerabend: el pluralismo epistémico y el pluralismo científico. En consecuencia, observaremos los problemas del pluralismo médico.

En un tercer momento, describiremos, mediante la propuesta pragmatista de Charles Peirce, cuál es la forma de poder identificar los diferentes métodos mediante los cuales se fijan creencias.

Así, la propuesta de Feyerabend nos permitirá identificar posteriormente, en el análisis, cuál es la posición epistémica del conocimiento médico-obstetra frente a la partería, dentro de las políticas públicas emitidas por la OMS y la OPS. Y, a partir de Peirce, podremos identificar cuál es el método que nos permite darle validez y equidad a la partería, en su práctica, frente a la medicina científica.

2.1. El método científico vs teorías alternativas. Una propuesta pluralista del conocimiento.

Ernest Nagel, en su texto *La estructura de la ciencia*, se cuestiona cuál es la diferencia entre las ciencias¹³⁷ y el sentido y los conocimientos precientíficos; este cuestionamiento surge de la consideración de que en cada época histórica los sujetos hacen uso de su sentido común para asegurar tener conocimiento y habilidades adecuadas, así como también explican los fenómenos que se les presentan sin recurrir necesariamente a una formación científica.

Nagel afirma que lo que da origen a la ciencia, desde el Positivismo Lógico¹³⁸, es, por un lado, el objetivo de hallar explicaciones que sean al mismo sistemáticas y controlables por elementos de juicios fácticos; y, por el otro, lograr organizar y clasificar el conocimiento a partir de principios explicativos. “[...] las ciencias tratan de descubrir y formular en términos generales las condiciones en las cuales ocurren sucesos de diverso tipo, y las explicaciones son los enunciados de tales condiciones determinantes”¹³⁹.

Además, esta sistematización de la ciencia permite evaluar las conclusiones en relación con las observaciones. A diferencia del sentido común, no todas las creencias se aceptan sin evaluación crítica.

La práctica del método científico consiste en la persistente crítica de argumentaciones, a la luz de criterios probados para juzgar la confiabilidad de los procedimientos por los cuales se obtienen los datos que sirven como elementos de juicio y para evaluar la fuerza probatoria de esos elementos de juicio sobre los que se basan las conclusiones¹⁴⁰.

El sentido común, por su parte, aunque también se encarga de explicar, según Nagel, no lo hace bajo ningún sistema que le permita observar y validar rigurosa y controladamente sus conocimientos, ni determinar cuáles de sus prácticas son exitosas mediante principios metodológicos. Además, los conocimientos derivados del sentido común son más duraderos, debido a que la verificación empírica de estos conocimientos no busca

¹³⁷ Nagel habla de “ciencia” en plural a partir de reconocer que no podemos hablar de un solo tipo de ciencia, sino afirma que hay diferentes tipos de ciencias, de las cuales podemos mencionar, por ejemplo, la biología, la física, etc.

¹³⁸ Este filósofo realiza la descripción de las características de la ciencia de acuerdo con los postulados del Positivismo Lógico y con sus representantes. Algunos de los autores con los que dialogaba fueron Carl Hempel, Rudolf Carnap, Karl Popper, entre otros.

¹³⁹ Nagel, Ernest. *La estructura de la ciencia*. Paidós, Barcelona, 2006. P. 20.

¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 32.

comprobar la exactitud de sus creencias, y, en consecuencia, no son refutados como las teorías científicas.

El conocimiento precientífico es aquel conocimiento derivado del sentido común que sirve y ha servido a la ciencia para poder realizar sus investigaciones y explicaciones; pero que tampoco logra tener una sistematización de sus creencias, ni puede comprobar empíricamente su validez, independientemente de la ciencia.

Un ejemplo de del conocimiento precientífico es el conocimiento de la herbolaria. Nagel afirma que hay proposiciones y explicaciones que afirman los sujetos que aplican estos conocimientos en la vida cotidiana, pero que no son comprobables.

Así, aunque la explicación está en estos tres tipos de conocimiento, se realiza de forma diferente y, en el caso de la ciencia, hay métodos bajo los cuales realizan tales explicaciones. En concreto, la explicación de hechos y fenómenos de manera sistematizada y la clasificación y organización de conocimientos mediante métodos rigurosos son los objetivos de las ciencias.

Podemos caracterizar a la investigación científica, leyendo a Nagel, como aquella que busca “explicar, establecer cierta relación de dependencia entre proposiciones aparentemente desvinculadas, poner de manifiesto sistemáticamente conexiones entre temas de información variados [...]”.

Nagel retoma de Carl Hempel la idea de explicación sistemática como objetivo en la ciencia. Hempel afirma que "uno de los objetivos primordiales de toda ciencia empírica es explicar fenómenos del mundo de nuestra experiencia y responder no sólo a los "¿qué?", sino también a los "¿por qué?" [...]"¹⁴¹. Así, la explicación científica es la forma bajo la cual la ciencia responde a ese “¿por qué sucede el fenómeno?”. Este cuestionamiento, sostiene Hempel, debe interpretarse como “¿de acuerdo con qué leyes generales y condiciones antecedentes se produce el fenómeno?”. Ya que los fenómenos se explican mediante leyes generales¹⁴².

Para Hempel, la explicación se formula mediante lo que nombra *explanans* y *explanandum*. El *explanandum* refiere a la oración que busca describir el fenómeno a explicar. El *explanans* es el conjunto de oraciones que brindan razones para explicar el

¹⁴¹ Hempel, Carl. *La explicación científica*. Paidós. Barcelona, 1988. P. 247.

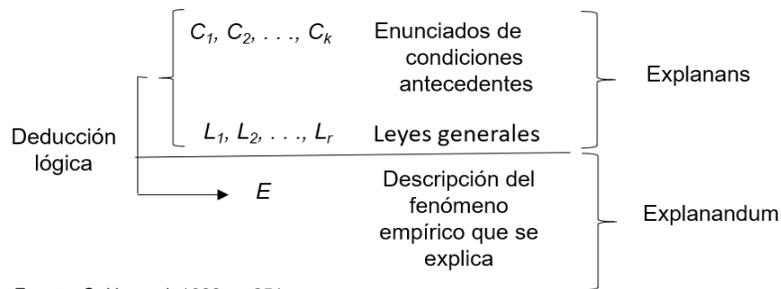
¹⁴² *Ibid.*, p. 248.

fenómeno. Podemos dar cuenta de dos clases de oraciones del explanans: leyes generales (L) y condiciones antecedentes (C) específicas del fenómeno.

Además, para que la explicación sea sólida, el autor afirma que debe cumplir con condiciones lógicas y empíricas para su adecuación. Estas se sintetizan en los siguientes puntos.

- Condiciones lógicas:
 - Explanandum debe ser consecuencia lógica del explanans.
 - El explanans debe contener leyes generales exigidas realmente para la derivación del explanandum.
 - El explanans debe contener contenido empírico, es decir, debe ser comprobable mediante la experimentación u observación.
- Condiciones empíricas:
 - Las oraciones que constituyen el explanans han de ser verdaderas¹⁴³.

El modelo de explicación propuesto por Hempel se presenta de la siguiente forma:



Fuente: C. Hempel, 1988, p. 251.

Este esquema de deducción lógica fue propuesto como método científico para la explicación y la predicción de fenómenos. Cuando se sabe que ha ocurrido E y, posteriormente, se proporciona un conjunto de enunciados de C y L , hablamos de “explicación” del fenómeno. Y cuando a partir de los enunciados de C y L se infiere E antes de que el fenómeno que se describe suceda, entonces, es una “predicción” del fenómeno.

A este modelo deductivo Hempel le llama el “modelo nomológico deductivo”. Y, además, propone dos tipos de explicación científica más: el “modelo de explicación inductivo-estadístico” y el “modelo de explicación deductivo-estadístico”.

Estos modelos son la descripción de cómo el científico justifica racionalmente, mediante una estructura lógica, una explicación. El autor asevera que tales no modelos

¹⁴³ Esta condición se modifica posteriormente y reemplaza por la idea de “explicación potencial”. Sin embargo, para fines de este trabajo, buscamos recuperar las condiciones originales sin adentrarnos en las correcciones, ni críticas al modelo.

“[...] no pretenden describir la manera como los científicos formulan realmente sus descripciones explicativas”¹⁴⁴; sino, más bien, permiten justificar lógicamente y racionalmente las respuestas científicas del porqué de los fenómenos.

No obstante, una gran cantidad de filósofos de la ciencia¹⁴⁵ han cuestionado y criticado los postulados del Positivismo Lógico, incluido el modelo de explicación científica propuesto por Hempel. Estos cuestionamientos y críticas se han basado, por ejemplo, en la problematización del método nomológico deductivo e inductivo, en tanto constituidos necesariamente por leyes generales, y en el cuestionamiento de la propia idea de “explicación”.

Philip Kitcher¹⁴⁶, llama La Leyenda a aquel conjunto de propuestas teóricas abanderadas por el positivismo/empirismo lógico hasta mediados del siglo XX. La Leyenda consistió en determinar los criterios que determinan la “buena ciencia”, misma que buscaba dar cuenta de la verdad acerca del mundo.

Kitcher afirma que La Leyenda cayó debido a los problemas que implica sostener sus postulados: sostener ideas universales, la utilización de la lógica como sistema único de evaluación de proposiciones, exclusión del lenguaje natural y de las ciencias sociales, búsqueda de unificación de las ciencias y del lenguaje, etc.

Tras la caída de La Leyenda, siguiendo a Kitcher, ¿cómo podemos definir a la “ciencia” y qué diferencia tiene, entonces, con el “conocimiento no científico”? Una de las diferentes nociones contemporáneas de “ciencia” es la que brinda León Olivé:

...un complejo de actividades, de creencias, de saberes, de valores y normas, de costumbres, de instituciones, etc., todo lo cual permite que se produzcan ciertos resultados que suelen plasmarse en las teorías científicas, en modelos, y en otros productos que contienen los llamados conocimientos científicos así como otros saberes que se usan para transformar el mundo¹⁴⁷.

En esta definición, Olivé contempla aspectos que antes se consideraban “externos” a la práctica científica; por ejemplo, factores políticos, económicos, instrumentos, redes de conocimiento, intersubjetividad, valores, entre otros. Estos

¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 405.

¹⁴⁵ Para profundizar en los autores y sus críticas puede consultarse, entre otros, a Salmon Waesley en *Four Decades of Scientific Explanation*, y a Philip Kitcher en *Explanatory Unification and the Causal Structure of the World*.

¹⁴⁶ Kitcher, Philip. *El avance de la ciencia. Ciencia sin leyenda, objetividad sin ilusiones*. Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM. México, 2001.

¹⁴⁷ Olivé, León. *El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y de la tecnología*. Cap. 1: “¿Qué es la ciencia?”. Paidós; UNAM. México. 2000.

elementos permiten dar cuenta de un espectro más amplio y menos ideal del quehacer científico.

Además, este filósofo también define a uno de los conocimientos no científicos, el “conocimiento tradicional”, como aquel conocimiento que se ha generado y preservado por pueblos indígenas o tradicionales. En este entendido, los conocimientos tradicionales, en tanto prácticas sociales y cognitivas, tienen validez de acuerdo con el contexto en el que se desarrollan. Es decir, tienen sus “propias normas y valores del medio cultural en donde está inserto”¹⁴⁸.

Pese a que estos “conocimientos tradicionales” estén constituidos también por un tipo de normas, y coincidan en algunas cualidades semánticas con la definición contemporánea de “ciencia”, una cualidad de la ciencia que la distingue del conocimiento no científico en general, y del conocimiento tradicional en particular, es la “creación de teorías científicas”.

La creación de teorías científicas es exclusiva de la ciencia debido a que, como menciona Nagel¹⁴⁹, la ciencia y su conocimiento están legitimados institucionalmente. Aunque el “conocimiento tradicional” también se encuentra legitimado por instituciones, tales instituciones son de carácter meramente social y comunitario.

El “conocimiento científico” está legitimado, principalmente, por una institución universitaria, académica y económica; en donde necesariamente se trabaja con teorías que comprueban el trabajo científico. Y, además, también está institucionalizado social y culturalmente.

No obstante, uno de los procesos de legitimación de afirmaciones científicas coincide con el proceso de validación del conocimiento tradicional: cada uno de esos conocimientos es legítimo en los respectivos contextos en los que se desenvuelven y funcionan. Esa legitimidad se da no sólo por los resultados que su conocimiento da, o por la comprobación de sus postulados, sino se genera desde la mera aceptación convencional de las afirmaciones propuestas de ambos conocimientos.

¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 26.

¹⁴⁹ Nagel, *op. cit.*, p. 33.

Paul Feyerabend, filósofo de la ciencia pluralista, divide en dos categorías a la ciencia: la ciencia ideal (o de tercer mundo, como la llaman Karl Popper, Carnap, etc.) y la ciencia real.

La ciencia ideal se apega a los postulados que Kitcher llama La Leyenda y a la propuesta de lo que es la ciencia para Hempel y Nagel. Este tipo de ciencia se basa en reglas o estándares ciertos, infalibles, sistemáticos y objetivos, es decir, racionales, como ya mencionamos anteriormente.

De acuerdo con Feyerabend, este ideal simplifica la complejidad del quehacer científico mediante condiciones que consisten en la inhibición de intuiciones, de la historia del individuo, de su sentido del humor, de su imaginación y cualquier tipo de subjetividad que no tenga relación con su actividad científica¹⁵⁰.

Este filósofo sostiene que la preservación del ideal de ciencia se sustenta en la enseñanza o entrenamiento de los estudiantes. En este entrenamiento hacen suyos los estándares racionales a partir de su eficacia causal. Esto es, afirman la eficacia causal determinada por los métodos propuestos por el Positivismo Lógico, tal como el modelo nomológico deductivo.

Sin embargo, de acuerdo con Feyerabend, la historia de la ciencia ha permitido observar que ese ideal no se ha logrado cumplir; ya que está constituida de elementos que no necesariamente muestran esa racionalidad propuesta. La historia de la ciencia “[...] se compone también de ideas, interpretaciones de hechos, problemas creados por un conflicto de interpretaciones, acciones de científicos, etc.”¹⁵¹. En específico, la historia de la ciencia no sólo da cuenta de conclusiones, éxito y progreso del conocimiento, sino también da cuenta de problemas y de errores cometidos por los propios científicos¹⁵².

La ciencia real, afirma el autor, es aquella que combina esos estándares con lo que llama las “teorías del error”. Las teorías del error son las reglas basadas en la experiencia, en la práctica y en sugerencias heurísticas que son relacionadas con

¹⁵⁰ Feyerabend, Paul. *Contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Ariel, Barcelona, 1974, p. 11.

¹⁵¹ *Idem*.

¹⁵² Algunos casos científicos que Feyerabend cita en su trabajo para mostrar esta tesis es la Newton y Galileo. Por un lado, resume cómo Newton realizó hipótesis *ad hoc* para hacer coincidir la observación con la teoría de la gravitación; por el otro, describe cómo Galileo notó que la propuesta de Copérnico no era convincente en relación con los hechos, pese a ver sido aceptada en su época.

sugerencias de episodios históricos. Esta relación entre reglas, sugerencias y episodios históricos le permiten al científico conocer los métodos y soluciones exitosos y erróneos a problemas determinados en un momento histórico.

No obstante, Feyerabend afirma que hay una perseverancia por mantener el ideal de ciencia en la práctica científica y, a su vez, de preservar las tesis del monismo teórico. Una de las principales tesis del monismo teórico que este autor critica es la de la conservación de la teoría cuando ésta está altamente confirmada y no ha sido refutada, ni hechos nuevos han mostrado sus limitaciones.

La tesis monista, en consecuencia, desecha la necesidad de usar teorías alternativas mientras las teorías científicas sigan conservándose. No obstante, algunos problemas que de esto se derivan es la posibilidad de eliminar evidencia que no permita que se corroboren las teorías, la eliminación de la posibilidad de contrastar las teorías aceptadas con teorías alternativas, la realización de hipótesis *ad hoc* para la corroboración de la teoría, el empobrecimiento del contenido empírico de las teorías, la construcción de las teorías científicas como una metafísica dogmática¹⁵³ y un chauvinismo científico.

El chauvinismo científico consiste en la eliminación o indiferencia a conocimientos alternativos a los científicos. Esto es, “lo que es compatible con la ciencia debe vivir, lo que no lo es debe morir”¹⁵⁴.

Feyerabend, a partir de la noción de “chauvinismo científico” afirma que hay diferentes tipos de conocimiento, que no necesariamente son científicos, pero que desde la ciencia se han excluido e ignorado. El autor sentencia que el hecho de que haya conocimientos que no son científicos no implica que no se deban aceptar o que no puedan competir en función de una posible solución a los problemas que busca solucionar la ciencia.

Así, el autor promueve las teorías del error, para hacer frente a los problemas de la ciencia ideal y sus postulados, a través de su propuesta epistemológica: una epistemología anarquista. Esta epistemología se caracteriza por aceptar cualquier tipo

¹⁵³ Feyerabend, Paul, “Problemas del empirismo” (1983), en Olivé, León; Pérez Ransanz, Ana Rosa. *Filosofía de la ciencia: teoría y observación*. UNAM, 1989. P. 280.

¹⁵⁴ Chou Shao, (1933) en Feyerabend, Paul. *Tratado contra el método*. Tecnos, p. 35.

de regla o método que brinde indicaciones útiles y que se base en la experiencia y en la práctica.

La aceptación de diferentes reglas o métodos le permite al lector, científico o sujeto poder solucionar o dar cuenta de un fenómeno concreto de acuerdo con el método o regla que más le convenga¹⁵⁵. Esta elección método se basa en el conocimiento previo del sujeto; es decir, lo que ha aprendido históricamente en relación con el fenómeno¹⁵⁶.

Esta pluralidad de métodos o reglas elimina la idea de que solamente el método científico es el que permite solucionar, explicar y brindar respuestas sobre los diferentes fenómenos que ocurren. Sin embargo, ello no significa que Feyerabend esté en contra del método científico, sino, más bien, propone la aceptación equitativa tanto del método científico como de otras teorías no científicas como posible solución de problemas o descripción de fenómenos.

El autor, a través de su epistemología, postula como lo que llama el pluralismo teórico. Este pluralismo se centra en el principio de proliferación¹⁵⁷. El principio se basa en “[...] inventar y elaborar teorías que sean inconsistentes con el punto de vista comúnmente aceptado, aun en el supuesto de que éste venga altamente confirmado y goce de general aceptación”¹⁵⁸.

El principio de proliferación, en concreto, consiste en crear o utilizar teorías alternativas que permitan contrastar y evidenciar la inconsistencia del método científico. Para Feyerabend la no contrastación con métodos y teorías tradicionales, y su estabilidad prolongada, es sinónimo de fracaso y de nulo progreso:

[...] el éxito duradero de nuestras categorías y la omnipresencia de determinado punto de vista no es un signo de excelencia ni una indicación de la verdad ha sido por fin encontrada. Sino que es, más bien, la indicación de un fracaso de la razón para encontrar alternativas

¹⁵⁵ Una de las maneras de sintetizar su epistemología ha sido el conocido, y muy criticado, “todo vale”. No obstante, Feyerabend advierte en la nota de referencia de esa afirmación que está bromeando. Dicha broma la hace en el sentido de brindarle este único principio de “todo vale” a las personas que sólo buscan apegarse a un tipo de método estable y racional. En este sentido, Feyerabend no apela a un relativismo radical como se ha leído su propuesta, sino, más bien, apela a que el método debe ser que no hay un único método; hay varios métodos. Véase la nota 38 de su libro *Contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento* en la versión en español de la editorial Ariel.

¹⁵⁶ Debido a esta propuesta es que se le conoce a Feyerabend como uno de los autores que conformaron, junto con Khun y Hanson, el giro historicista de la filosofía de la ciencia.

¹⁵⁷ Este principio lo retoma de John Stuart Mill.

¹⁵⁸ Feyerabend, *Contra el método... op. cit.*, p. 22.

adecuadas que puedan utilizarse para trascender una etapa intermedia accidental de nuestro conocimiento¹⁵⁹.

Uno de los argumentos que hay en contra de la contrastación del método científico con teorías alternativas es el de la inconmensurabilidad entre teorías. Esto es, que las teorías no pueden ser contrastadas porque no pueden ser traducidas entre sí al no ser isomórficas.

Sin embargo, de acuerdo con Feyerabend, ese no es un problema válido para la proliferación, ni para el pluralismo teórico. Ya que, si las teorías alternativas son isomórficas a las teorías y método científico, entonces, no hablaríamos de teorías alternativas. Hablaríamos de nuevas formulaciones del mismo método científico.

Las teorías alternativas deben ser estructuradas conforme a sus propios postulados y métodos para que puedan tener el carácter de “alternativas”. Esa estructura distinta es la que permitirá dicha proliferación en relación con el método científico o hegemónico.

Otro de los argumentos que han sostenido los positivistas lógicos para afirmar que el método científico es evaluado constantemente es el de la demarcación de las teorías.

La demarcación consiste en evaluar las teorías científicas mediante la verificación o corroboración de enunciados teóricos con enunciados observacionales¹⁶⁰. La falsabilidad de teorías ocurre cuando una teoría no es corroborada por el enunciado observacional.

La crítica que hace Feyerabend a este argumento es que el problema de la demarcación es que, como también ya N. R. Hanson había señalado, los enunciados observacionales no son puros, están cargados de teoría y conocimiento previo. Los enunciados observacionales conllevan en ese conocimiento previo parte del lenguaje que constituye a los enunciados teóricos. Estos enunciados teóricos, al ser los que se ponen

¹⁵⁹ *Ibid.*, p. 29.

¹⁶⁰ Cabe recordar que los enunciados observacionales son aquellas proposiciones que permiten representar e interpretar la experiencia del sentido común. Los enunciados teóricos son aquellas proposiciones que permiten interpretar y explicar esos enunciados observacionales a luz de sistemas teóricos. De acuerdo con el positivismo lógico, los enunciados teóricos son verdaderos si se corresponden o corroboran con los enunciados observacionales, a partir de determinadas reglas de correspondencia. Véase Carnap, Rudolf (1956), “El carácter metodológico de los conceptos teóricos”, en Olivé, León; Pérez Ransanz, Ana Rosa. *Filosofía de la ciencia: teoría y observación*. UNAM, 1989.

a corroboración con los enunciados observacionales, se aprueban a partir de un tipo de circularidad y dada su formulación *ad hoc* con los enunciados observacionales.

Las observaciones referidas figuran en los argumentos sólo en la medida en que han recibido una interpretación teórica con base en el sistema o las reglas lingüísticas elegidas; y los argumentos teóricos consisten en un ir y venir de los principios aceptados a sus consecuencias. Los argumentos filosóficos (con la posible excepción de los argumentos dialécticos) son, por tanto, invariablemente circulares. [...] Debemos escoger un punto de referencia fuera del sistema o del lenguaje defendido para poder tener una idea de cómo podríamos criticarlo. Tenemos que recurrir a una alternativa¹⁶¹.

Así, para Feyerabend la forma de poder tener un progreso en el conocimiento y eludir el fracaso de la razón humana es el pluralismo teórico. El pluralismo al promover la proliferación ofrece los medios de criticar a las teorías y métodos científicos aceptados y permite el progreso del conocimiento ante observar las fallas de los métodos establecidos e inmovibles.

Este autor acompaña su pluralismo teórico con la teoría pragmática de la observación. Esta teoría defiende la idea de que cada teoría tiene su propia experiencia y no hay área común entre tales experiencias¹⁶². Es decir, los enunciados de observación, y su significado, están creados a partir de las teorías, no a partir de la experiencia. Así, la teoría determina su experiencia; a partir de tal teoría es que el sujeto efectúa su acción práctica en tal experiencia.

La aceptación, en la teoría pragmática de la observación, de que la interpretación de las oraciones de observación esté determinada por las teorías aceptadas, permite no sólo contrastar las teorías entre sí, sino también hacerlas cooperativas al no afectarse mutuamente, en tanto que no comparten la experiencia, y permite que tengan validez, pese a no compartir el mismo cuerpo de principios, postulados y métodos.

Los diferentes conocimientos son “puntos de vista” que pueden aceptarse y competir y cooperar como solución dentro de un pluralismo:

[...] el conocimiento se obtiene de una proliferación de puntos de vista más que de una aplicación determinada de la ideología preferida. Y nos percatamos de que, tal vez, la proliferación tenga que estar reforzada por mediaciones no científicas que posean la suficiente fuerza como para sojuzgar las instituciones científicas más poderosas¹⁶³.

¹⁶¹ Feyerabend, Problemas del empirismo, *op. cit.*, p. 282.

¹⁶² *Ibid.*, p. 309.

¹⁶³ Feyerabend, *Tratado contra el...* *op. cit.*, p. 37.

Un argumento a favor de este postulado es que en la filosofía natural moderna varios filósofos retomaron conocimientos alternativos no científicos para poder crear y mejorar teorías científicas que permitieron explicar fenómenos naturales.

Otro ejemplo que puede servir para fortalecer esta propuesta es lo que hacen algunas ciencias naturales actualmente: usan los conocimientos de la herbolaria para poder crear medicamentos. Estos conocimientos son patentados por farmacéuticas para su procesamiento, estudio y comercialización.

No obstante, un problema que surge del planteamiento de Feyerabend es que la elección de la teoría que más convenga, aunque se realiza con base en el fenómeno concreto, las circunstancias y el conocimiento previo del sujeto; es decir, brinda criterios pragmatistas e historicistas, pero no son suficientes para poder evaluar qué teoría funciona mejor en la proliferación cuando la experiencia es compartida en tanto que comparten lenguaje.

La forma de compartir un lenguaje no sólo implica tener el mismo conocimiento teórico, sino implica compartir cultura, compartir comunidad y coincidir en algunos hábitos. Por ejemplo, todos podemos ver que alguien al prender una fogata en el bosque dicho bosque comienza a incendiarse como consecuencia inmediata. La observación de fenómeno y de la experiencia es compartir a partir de un lenguaje en común. Lo que no es posiblemente compartido, como bien expresa el autor, es la solución o la explicación del fenómeno.

El problema ocurre cuando se busca tener una solución inmediata a la solución del problema, por ejemplo, apagar el fuego. Pueden utilizarse ambas teorías, pero no da cuenta de qué sucede cuando dos teorías suenan plausibles, aunque son contrarias.

En su intento por no dar un método o criterios universales como lo hace la ciencia ideal o positivista, la propuesta de Feyerabend no logra responder cómo elegir y determinar mediante el conocimiento cuando hay un enfrentamiento de dos o más teorías contrarias en la solución de un problema urgente y que ambas suenan coherentes con dicho conocimiento previo. Tampoco logra determinar por completo ni de manera clara cómo se evalúa la consecuencia de haber elegido una u otra teoría.

Así como tampoco es claro cómo puede lograrse una cooperación completa cuando hablamos de teorías que no comparten la misma experiencia, teniendo en cuenta

la teoría pragmatista de la observación. Es decir, ¿cómo podemos hacer cooperar a dos teorías distintas que comparten el mismo fenómeno?

Un ejemplo de esta pregunta es lo que sucede con la partería. Tanto la medicina obstetricia como la partería comparten los mismos fenómenos: “parto”, “mujer embarazada” y “mujer parturienta”. Aunque tiene diferencias en su lenguaje de referencia, ambas teorías observan algo similar: una mujer pariendo. ¿Cómo podemos hacer que ambas propuestas cooperen en la atención del parto sin que haya un tipo de chauvinismo científico y sin que la partería elimine la posibilidad de la intervención de la medicina obstetricia aceptada culturalmente para intervenir en el parto? Es decir, cómo logramos una cooperación y un tipo de traducción entre teorías alternativas y teorías científicas en la solución a problemas y fenómenos en común.

En general, el pluralismo bajo el cual Feyerabend desarrolla su propuesta, aunque plausible, tiene algunos límites y problemas al momento de llevarlo a la práctica. A continuación, identificaremos cuáles son algunos límites y problemas que comparte este pluralismo teórico con otros tipos de pluralismo.

2.2. Límites y problemas del pluralismo científico, epistémico y médico

De manera general, el pluralismo surge, por un lado, como una alternativa a la propuesta monista de la “ciencia”, unificadora y universal, que sostenía La Leyenda; por otro, como una necesidad de integrar diferentes enfoques en la observación de fenómenos complejos del mundo.

Complementando la propuesta de Feyerabend de “teorías alternativas”, Helen Longino sostiene que el pluralismo surge a partir de la consideración de que “[...] algunos fenómenos naturales no pueden ser completamente explicados por una sola teoría o completamente investigados usando un solo enfoque. Como consecuencia, se requieren múltiples enfoques para la explicación e investigación de tales fenómenos”¹⁶⁴.

¹⁶⁴Kellert, Stephen H.; Longino, Helen E.; Waters, C. Kenneth. *Pluralismo científico*. “Introducción a la postura pluralista”. Estudios de Minnesota en la Filosofía de la Ciencia. Volumen XIX. Universidad de Minesota. Londres. 2006.

Longino, desde su propuesta de pluralismo científico, presenta una acotación terminológica a considerar: “pluralidad” en las ciencias, y “pluralismo” en las ciencias. La primera alude los múltiples enfoques, teorías, modelos científicos acerca de un mismo fenómeno. Y el “pluralismo”, entonces, “es una visión sobre este estado de cosas: esa pluralidad en la ciencia posiblemente representa un carácter ineludible de la investigación científica y el conocimiento”¹⁶⁵.

La “postura pluralista” de la autora reconoce los limitantes y problemas posibles del pluralismo científico: puede haber tensión sin resolver entre los diferentes modelos, la pluralidad de cuentas puede ser inconsistente, y no todas las verdades de todas las perspectivas pueden ser traducibles entre sí. “Quizás los enfoques y las explicaciones dentro de la pluralidad no pueden combinarse y quizás incluso estén en desacuerdo entre sí sobre ciertos puntos”¹⁶⁶.

Longino considera en su proyecto la posible intraducibilidad de enfoques, argumentado que no hay programa que pueda ser diseñado de manera que contemple en su investigación todos los factores y enfoques a la vez sin problema alguno.

Este pluralismo científico sostiene que la investigación y la explicación flexible es mejor y más completa con base en diferentes enfoques; aun considerando la complejidad del mundo que se busca conocer y explicar.

Un problema que nos permite observar este tipo de pluralismo es la posibilidad de la intraducibilidad y el desacuerdo o contrariedad entre los diferentes enfoques contemplados en la toma de decisiones y en la observación de fenómenos en común.

Por su parte, León Olivé discute la diversidad cultural y la diversidad de conocimientos desde el pluralismo epistémico. Este tipo de pluralismo da cuenta de los “conocimientos tradicionales” y los “conocimientos científicos” a partir de la noción de “prácticas”.

La idea de “prácticas” de Olivé puede definirse como “un complejo de acciones humanas, orientadas por representaciones –que van desde modelos y creencias hasta complejas teorías científicas– que tienen una estructura axiológica –es decir, normativo-

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 9.

¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 14.

valorativa– y que se desarrolla en un entorno natural y social”¹⁶⁷. Afirma que estas “prácticas” se realizan y legitiman en comunidad, no en lo individual.

De acuerdo con este filósofo, las prácticas, al generar conocimiento, pueden llamarse “prácticas epistémicas”. Las prácticas epistémicas son practicadas por colectivos y pueden “adecuarse” o “corregirse”. Cada práctica puede modificarse de acuerdo con el objetivo que se busca alcanzar. La evaluación para “adecuar” la práctica es realizada por parte de los agentes que legitiman dicha práctica.

Dentro de la propuesta de pluralismo epistémico se asume que hay una gran variedad de prácticas epistémicas y sistemas axiológicos igualmente correctos, de acuerdo con sus contextos socioculturales específicos. Esto es, la evaluación de prácticas epistémicas es contextual y ello implica que haya diferentes prácticas epistémicas igualmente correctas en sus determinados contextos. “Los conocimientos deben ser evaluados en términos de las prácticas epistémicas que los generan, transmiten y aplican, y del medio cultural en el cual se desarrollan y cobran sentido tales prácticas epistémicas”¹⁶⁸.

Sin embargo, esta propuesta pluralista no elimina un problema variante al del “chauvinismo científico”: el “chauvinismo epistémico”. Este último lo podemos definir como la ponderación de un conocimiento o “práctica epistémica” legitimada en un contexto específico frente a otra práctica epistémica legitimada en un contexto diferente, pero enfrentadas en el mismo contexto.

Lo mismo sucede con el pluralismo médico. En este tipo de pluralismo, al ser representado principalmente por la medicina científica (la OMS), recae en un chauvinismo científico. Ya que el reconocer a la medicina tradicional y la partería ha implicado la intervención en sus prácticas y conocimientos. Esta intervención, como pudimos observar en el capítulo anterior, ha consistido en la regulación y profesionalización de dichas medicinas.

Estudiosos del pluralismo médico como H. Baer, Lock y Nguyen, A. Young, L. Charles, han afirmado que medicina científica no es una opción neutral frente a otras

¹⁶⁷ Olivé, León. *Ciencia, Tecnología y Democracia: Reflexiones en torno a la Apropiación Social del Conocimiento*. Memorias del Foro-Taller de Apropiación Social de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. Colciencias; Universidad EAFIT. Medellín. 2011. P. 114.

¹⁶⁸ Olivé, *Pluralismo Epistemológico, op. cit.*, p. 26.

medicinas. Destacan un tipo de jerarquía epistémica entre los diversos tipos de medicinas. En esta jerarquía las medicinas tradicionales y alternativas son subordinadas por la medicina hegemónica o científica. Esta subordinación se expresa mediante el prestigio de la medicina científica en términos sociales, educativos, laborales y financiamiento¹⁶⁹.

Así, cuando la medicina científica y la medicina tradicional o alternativa son confrontadas, el pluralismo médico recae en un chauvinismo científico: no logra brindar ningún criterio equitativo que permita elegir una u otra medicina. El único criterio es, desde la OMS, el ser científico. Pues, al ser científico el conocimiento y la práctica, aseguran la calidad de la atención y “disminuyen el riesgo” en la salud.

No obstante, la medicina científica ha hecho uso de conocimientos y prácticas tradicional y alternativas para poder crear sus propios conocimientos y prácticas. Un ejemplo de ello es la herbolaria y los medicamentos que se han hecho a partir de la patentación de tales conocimientos.

En este sentido, ni Olivé, ni Longino, ni Feyerabend, ni el pluralismo médico, dan criterios para elegir algún tipo de conocimiento para la solución o estudio de un fenómeno en medio de una diversidad de conocimientos igualmente validos o correctos. Tampoco dan criterios para eliminar la ponderación de un tipo de conocimiento sobre otro tipo de conocimiento en la toma de decisiones, observación de un fenómeno y en la solución de un problema en común. Esta ponderación puede ocurrir cuando hay algún desacuerdo o las posturas son contrarias.

La falta de criterios para eliminar la ponderación, o la elección de una teoría o conocimiento en lugar de otra, genera la posibilidad de que la solución de un problema no sea a partir de “la mejor solución” mediante toma de decisiones equitativas¹⁷⁰, sino que sea con base en el estatus epistémico o legitimación que tenga cada uno de los

¹⁶⁹ Khalikova, Venera, *op. cit.*, p. 5.

¹⁷⁰ Aquí retomamos la idea de “equitativo” haciendo referencia a la propuesta de Ambrosio Velasco de “equidad epistémica”. La “equidad epistémica” es un principio epistémico que plantea la necesidad de considerar en las tomas de decisiones a todos los sujetos, conocimientos y prácticas afectadas por esas decisiones. Este nuevo tipo de racionalidad consiste en que todas las tradiciones culturales son igualmente dignas de respeto y ninguna debe sobreponerse por encima de la otra. Eso permite el diálogo entre estas tradiciones y conocimientos para llegar acuerdos y resolución de problemas en común. Véase López Beltrán, Carlos; Velasco Gómez, Ambrosio. (Coords) *Aproximaciones a una filosofía política de la ciencia*. UNAM, México. 2013, p. 256.

conocimientos en relación con el otro. El chauvinismo científico opera sobre la base de un chauvinismo epistémico.

Por ejemplo, un problema que ocurre en la relación conocimiento tradicional y conocimiento científico es que el conocimiento científico está legitimado, o tiene un estatus epistémico más importante que el del conocimiento tradicional. Esta ponderación o legitimidad ocurre aun en las comunidades indígenas en donde se practican conocimientos tradicionales.

A partir de estas propuestas pluralistas surgen algunas preguntas: ¿a partir de qué criterios se determina que una teoría alternativa es mejor que otra teoría alternativa en la solución o estudio de un fenómeno, más allá de sólo el conocimiento previo?, ¿qué criterios permiten solucionar la intraducibilidad cuando se requiere que dos o más enfoques solucionen un problema en común, a partir de una postura pluralista?¹⁷¹, ¿qué criterios permiten eliminar el chauvinismo científico y epistémico en la relación “conocimiento científico” y “conocimiento tradicional”?,

En general, estos cuestionamientos nos regresan al cuestionamiento epistémico tradicional sobre qué es lo que justifica a una creencia para poder aceptarla como verdadera y, entonces, a partir de ello, poderla escoger como válida en la solución de un problema u observación de un fenómeno.

El problema de este regreso es que el pluralismo propone como respuesta a tal problema tradicional epistemológico la validez equitativa de los conocimientos en su determinado contexto. Pero ya no da cuenta de cómo poder elegir un conocimiento y no otro cuando comparten los contextos o cuando estos conocimientos se contraponen en una toma de decisión o solución de un problema. Así como tampoco soluciona el problema de la traducibilidad entre conocimientos.

Una forma de poder solucionar estos problemas y responder tales preguntas planteadas es a partir del pragmatismo de Charles Peirce. Este pragmatismo no se

¹⁷¹ Esta pregunta a la propuesta de Longino puede responderse parcialmente desde la normatividad sociopistémica que propone para llegar a la justificación de una propuesta teórica dentro de un pluralismo (aunque no resuelve el problema de la traducibilidad, así como no incluye a los conocimientos tradicionales): “Una teoría (T) o hipótesis (H) es epistémicamente aceptable en comunidad (C) en el tiempo T si T o H son soportados por datos (D) evidentes para C en T a la luz del razonamiento y supuestos de fondo que han sobrevivido al escrutinio crítico de muchas perspectivas como disponibles para C en T, y las estructuras discursivas de C satisfacen las condiciones para una crítica efectiva”. Véase Longino, Helen. “Toward an Epistemology for Biological Pluralism”, en Creath, Richard; Maienschein, Jane. *Biology and Epistemology*. Cambridge University Press. P. 275.

contrapone con ningún tipo de pluralismo. Al contrario, comparten postulados y se complementan.

A continuación, describiremos tal postura pragmatista como solución y complemento a las posturas pluralistas trabajadas.

2.3. La propuesta epistémico-pragmática de Charles Peirce

El filósofo y científico Charles Peirce, padre del pragmatismo¹⁷², a partir de un cuestionamiento a la noción de “ciencia” moderna cartesiana y a los tipos de razonamiento que ha caracterizado a este tipo de conocimiento, propone cuatro formas de fijar creencias. Estos cuatro métodos, de acuerdo con el autor, son la tenacidad, la autoridad, el método a priori y el científico.

El método de tenacidad consiste en fijar una creencia a través de la fe en dicha creencia. La forma de mantener tal creencia es mediante el hecho de no ponerla en duda y aferrarse que es correcta y verdadera. “Un hombre puede pasar su vida ignorando sistemáticamente todo aquello que podría causarle un cambio en sus opiniones [...]. Sería una impertinencia egoísta objetar que su procedimiento es irracional, pues eso no es más que decir que su método de establecer la creencia no es el nuestro”¹⁷³.

Por su parte, el método de autoridad consiste en fijar una creencia en una comunidad mediante una institución. Esta institución tiene el objetivo de mantener vigente la creencia o doctrina a través de, por ejemplo, la atención de la comunidad, la reiteración perpetua y la enseñanza a las nuevas generaciones. Esta enseñanza, además, limita y castiga doctrinas o creencias que sean contrarias a la que se busca fijar.

¹⁷² Charles Peirce dialogó con William James, quien también es pragmatista. Este diálogo generó que compartieran sus posturas respecto al conocimiento y la ciencia. El pragmatismo, como corriente de pensamiento, fue enunciado por primera vez por James en una conferencia en 1898. En dicha conferencia reconoció que Peirce fue quien propuso los postulados del área. Sin embargo, Peirce en su escrito “¿Qué es el pragmatismo?” afirma que su propuesta sería llamada “pragmaticismo” para diferenciarla del pragmatismo de James, debido a que dicho autor malinterpretó su propuesta teórica y ha habido un mal uso del término. Véase Peirce, Charles. *Obra filosófica reunida. Tomo I. (1893-1913)*. pp. 615, 415.

¹⁷³ Peirce, Charles. *Obra filosófica reunida. Tomo I (1867-1893)*. FCE. México. 2012, p. 164.

El método autoritario mantiene a los creyentes ignorantes para evitar que cuestionen la doctrina, que conozcan y sientan agrado por otras creencias. El miedo y la crueldad son formas de mantener a los creyentes bajo las creencias impuestas. “Este método ha sido desde los tiempos más remotos uno de los principales medios para mantener doctrinas teológicas y políticas correctas, y para preservar su carácter universal y católico”¹⁷⁴.

El método *a priori* es el tipo de método que fija la creencia por decisión propia. Hay una elección de proposiciones que se creerán a partir del diálogo con otros sujetos y en armonía con causas y preferencias naturales. Este método no se basa, en su mayoría, en hechos observacionales, sino en proposiciones que agradaron a la razón del sujeto y que se inclinó a creer.

Dado que el método *a priori* consiste en la preferencia de unas proposiciones sobre otras, es usual que haya choque de opiniones sobre las creencias fijadas y se opte por fijar creencias de naturaleza universal. Este tipo de método, de acuerdo con el autor, es común en la filosofía y la investigación, y tiende a durar poco debido a que se fija a partir de gustos, por moda o por opiniones que pueden ser después descalificadas fácilmente.

Fijar una creencia por el método *a priori* significa que se ha fijado una creencia a partir de circunstancias ajenas a los hechos y son meramente verbales. Este método genera, además, que se dude de la creencia fijada y se cambie, por falta de hechos que la refuercen.

El método *a priori* y el método de autoridad no difieren esencialmente. En el caso del primer método una creencia puede ser fijada sin la intervención de una institución y su enseñanza, pero al tener esta institución proposiciones que afirman su estatus epistémico en una comunidad y discriminar mediante proposiciones a otras creencias, genera la convencionalización de tales proposiciones en dicha comunidad.

El sujeto que fija creencias mediante el método *a priori* asume y coincide fácilmente también con proposiciones de las creencias fijadas mediante el método de autoridad. Esta fijación de creencias *a priori* ocurre en relación con el de autoridad porque las proposiciones, al ser convencionalmente aceptadas en la comunidad a la que pertenece

¹⁷⁴ *Ibid.*, p 165.

el sujeto, son aceptadas aparentemente por una decisión propia, ya que la imposición es mediada por tal convencionalización.

Por último, el método científico, de acuerdo con Peirce, es el más duradero y busca hacer coincidir las proposiciones con los hechos. Sin embargo, para este método el autor concibe la idea de “ciencia” de una manera distinta a la definición moderna.

Peirce define “ciencia” como los hábitos que surgen de las creencias fijadas por inferencias que resuelven dudas y problemas. Estas creencias, a su vez, son evaluadas intersubjetivamente.

En este sentido, podemos definir a una creencia como un pensamiento convencionalizado en reposo, algo de lo que podemos ser conscientes y que alivia la irritación de una duda; una creencia, entonces, “guía nuestros deseos y moldea nuestras acciones”¹⁷⁵. Es un conocimiento falible que nos permite resolver dudas mediante el establecimiento de una regla de acción: un hábito.

El hábito cambia, junto con la creencia, conforme deja de responder y solucionar dudas; es decir, en cuanto deja de calmar la irritación de dudas existentes a partir de la experiencia. El “hábito”, entonces, es la regla que nos dice de qué manera actuar frente a diferentes estímulos externos del mundo.

De acuerdo con el autor, cuando no hay duda el sujeto tiene hábitos que ejerce como autocontrol de acciones futuras. Pensar, en este caso, es una conducta sujeta al autocontrol¹⁷⁶.

El cambio de creencia, y por tanto de hábito, ocurre mediante el funcionamiento cíclico de los tres tipos de razonamiento común a todo sujeto: abducción (hipótesis: suposición de algo diferente a lo observado directamente y anteriormente conocido, aunque parte de algo ya conocido), inducción (infiere y forma una regla de acción a partir de casos concretos de observación en donde se corrobora la hipótesis: hábito) y deducción (regla general: creencia establecida a partir del efectivo funcionamiento del hábito en situaciones concretas).

¹⁷⁵ *Ibid*, p. 161.

¹⁷⁶ Peirce, Charles. *Obra filosófica reunida. Tomo I (1867-1893)*. “¿Qué es el pragmatismo?”. FCE. México. 2012, p. 417.

Estos tipos de razonamiento, afirma Peirce, permiten generar inferencias, como solución a dudas. Esta solución de dudas genera nuevo conocimiento y fijaciones de creencias. Sin embargo, tal nuevo conocimiento y creencias son falibles. Pueden ponerse en duda y generar nuevas inferencias que permitan resolver las dudas que las creencias fijadas ya no responden.

Así, la fijación de una creencia y generación de nuevo conocimiento ocurre cuando, mediante el proceso cíclico de razonamiento, se corrobora la hipótesis. La creencia deviene de la hipótesis planteada y corroborada a través de este proceso.

Los hábitos, como resultado falible del proceso de razonamiento, se materializan en signos y, en tanto signos y relación entre signos, pueden observarse. De acuerdo con la semiótica de Peirce, “un signo, o representamen, es algo que, para alguien, representa o se refiere a algo en algún aspecto o carácter”¹⁷⁷. Es decir, un signo es algo (representamen) que representa o está en lugar del objeto o idea del objeto al que refiere. Este representamen tiene la posibilidad de ser interpretado por alguien a partir de la idea (interpretante) asociada a dicha referencia.

En virtud de la teoría de Peirce, las soluciones que pueden darse a ambos tipos de chauvinismo son en relación con los siguientes postulados de su teoría: 1) el conocimiento es falible y puesto aprueba mediante abducciones cuando deja de solucionar problemas o cuando ya no resuelve dudas; 2) el conocimiento también puede estabilizarse mediante el proceso de razonamiento entre abducción, inducción y deducción; 3) las creencias, y por tanto el conocimiento, establecidas son consensuadas en comunidad como disolución de dudas; 4) estas creencias fijadas y consensuadas en comunidad generan hábitos de acción que refieren a la asignación de interpretantes e interpretación, en tanto leyes de pensamiento; 5) las comunidades no necesariamente coinciden en todas sus creencias. Sin embargo, en la solución de dudas, las hipótesis generadas y comprobadas mediante el proceso de razonamiento tienen el consenso de las comunidades independientemente del contexto; 6) las comunidades, independientemente de su contexto y de su legitimidad frente a otras comunidades, fijan

¹⁷⁷ Peirce, Charles. *La ciencia de la semiótica*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina. P. 22. [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2015/08/PEIRCE-CH.-S.-La-Ciencia-de-La-Semi%C3%B3tica.pdf>

creencias en común cuando tienen dudas en común que son solucionadas por una hipótesis. Lo relevante es el proceso de razonamiento cuando hay dudas en común, no la legitimidad de las hipótesis planteadas o de qué comunidad provengan tales hipótesis; 7) lo que genera el consenso y la aceptación de una ley de pensamiento y fijación de la creencia en comunidad es la puesta a prueba de la hipótesis y su corroboración.

Asimismo, la intraducibilidad que no logra solucionar el pluralismo se puede solucionar desde Peirce. Esta solución consiste en tomar en cuenta que la forma de solucionar o calmar la irritación de una duda o un problema es a partir de poner en marcha los tres tipos de razonamiento mediante la formulación de una hipótesis.

En otras palabras, independientemente de los conocimientos o enfoques en cuestión, la intraducibilidad puede eliminarse mediante la formulación de una o varias hipótesis que se pondrán a prueba de verificación inductivamente y se comprobarán deductivamente (para volverse creencias en común) o se refutarán y deberá apelarse a la hipótesis no refutada o a una nueva hipótesis.

Este proceso de razonamiento debe realizarse en el contexto y/o en relación con la práctica en donde surge la duda o el problema. Si surgen dos o más hipótesis y todas son comprobadas, entonces, todas son igualmente válidas en tanto creencias fijadas en tal contexto y funcionan equitativamente para poder solucionar la duda que existía antes de formular las hipótesis.

Esta propuesta pragmática no sólo nos permite eliminar el problema del “chauvinismo científico” de una manera distinta al pluralismo epistémico de Olivé; sino, además, nos permite eliminar el problema del “chauvinismo epistémico” que no logran resolver los tipos de pluralismo expuestos.

La noción de “ciencia” de Peirce da cabida a todo tipo de conocimiento a partir de concebir la “ciencia” como “creencias” validadas y fijadas convencionalmente mediante los tres tipos de razonamiento. Esta validación y fijación debe ocurrir mediante los criterios de formulación de hipótesis y la puesta en marcha de su verificación a través de la inducción.

Desde este pragmatismo podemos apelar a que cualquier tipo de conocimiento que dé la mejor respuesta (hipótesis) a una duda o problema y pueda corroborarse inductivamente y genere una creencia nueva (deducción) es válido en la comunidad y

contexto en donde se solucionó la duda y fijó la creencia. Esta validez es independiente de su estatus epistémico en relación con otros conocimientos.

Recordemos que la partería tradicional actualmente ya no se practica debido a que ha sido concebida como riesgosa. Esta concepción, de acuerdo con Peirce, podríamos identificarla como un hábito interpretativo derivado de la creencia de que la partería es riesgosa para la salud. No obstante, resulta necesario evaluar cuáles fueron los argumentos bajo los cuales se fijó dicha creencia en México.

Así, en el siguiente capítulo identificaremos cuál es el enfoque del riesgo que utiliza la OMS para evaluar e identificar los riesgos en términos de salud. Posteriormente, podremos, mediante el análisis, determinar bajo qué métodos se fijó la creencia de que la partería tradicional es un riesgo.

Capítulo 3. El enfoque de riesgo desde la medicina científica (OMS)

Cabe recordar, como ya mencionamos anteriormente, el enfoque del riesgo de la OMS comenzó oficialmente en 1970. En un primer momento, se dedicó a analizar e identificar amenazas ambientales y externas a la salud. Una década después se centró en la evaluación y gestión de riesgos a nivel individual y colectivo. Esto es, la prioridad del enfoque se desplazó hacia “[...] el desarrollo de métodos científicos para identificar y describir los peligros y para evaluar la probabilidad de resultados adversos y sus consecuencias”¹⁷⁸.

Estos métodos científicos eran sistemas lógico-probabilísticos¹⁷⁹ que permitían determinar qué es un riesgo y cuáles son los factores o causas que lo determinan, reducen o aumentan. Tales métodos se siguen ocupando en el enfoque de riesgo actual de la OMS.

La probabilidad es una forma aparentemente objetiva bajo la cual se determina, evalúa y gestiona un riesgo; no sólo en términos de salud, sino también permite hacerlo con los riesgos de carácter ambiental, psicosocial, mecánico, químico, etc. Este enfoque cuantitativo de la evaluación de los riesgos para la salud “[...] tiene por objeto obtener las mejores estimaciones numéricas posibles de la probabilidad de que se produzcan resultados sanitarios adversos, a fin de utilizarlas en la formulación de políticas”¹⁸⁰.

Desde estos métodos se define al “riesgo” como la probabilidad de que ocurra un evento peligroso. Los eventos peligrosos son un tipo de daño a un sujeto, comunidad o lugar. La probabilidad de que ocurra el evento se determina a partir de los casos que han sucedido. Estos casos son llamados evidencia.

No obstante, el riesgo puede construirse también socialmente. Esta construcción consiste en percibir social y culturalmente a un fenómeno, práctica o conocimiento como riesgoso, independientemente de que haya o no haya evidencia que pruebe que lo es.

¹⁷⁸ *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, OMS, 2002. P. 33. [en línea] [mayo-2021] Disponible en la web: <https://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>

¹⁷⁹ Recordemos, estos modelos son los propuestos por la Filosofía de la ciencia clásica, los cuales retomamos en el segundo capítulo de este trabajo.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 34.

Desde la perspectiva constructivista del riesgo, Ortwin Renn¹⁸¹ sostiene que el “riesgo” lo podemos definir como una construcción social; un producto de la experiencia social, no una propiedad objetiva de algún fenómeno. Esto es, algo se percibe en un determinado lugar y tiempo como riesgo. Esta percepción puede ser consensuada en ese tiempo y espacio, o puede ser contradictoria con otros consensos. Es decir, aunque la percepción es compartida, su carácter social no implica necesariamente el consenso, pues suele haber disenso en lo que se percibe como riesgo.

El disenso o consenso de que un determinado fenómeno sea un riesgo, desde esta perspectiva, está determinado por la percepción que se tenga de dicho fenómeno. Para que un sujeto actúe ante determinado riesgo es necesario, por un lado, que considere a un determinado fenómeno como un “riesgo” y, por otro lado, la respuesta o acción que tome dicho sujeto ante tal riesgo depende del tipo de percepción que el sujeto tenga del riesgo.

En este sentido, en virtud de la propuesta sobre percepción del riesgo de Paul Slovic, Roger Kasperson, Nick Pidgeon, a la que se adhiere Renn, podemos afirmar que el riesgo no sólo es un peligro previsto no concretado, sino también es el resultado de un proceso de interpretación aprendido por los sujetos de un determinado lugar en una determinada época y cultura.

De acuerdo con Paul Slovic, la percepción del riesgo que tienen los sujetos en su vida cotidiana es mayormente intuitiva. Esta percepción, no obstante, se genera a partir de eventos vividos por el sujeto, eventos conocidos y comunicados por otros sujetos cercanos y por las narrativas de los medios de comunicación.

En términos de salud, la OMS contempla ambos enfoques del riesgo. Es decir, contempla la definición y estudio del riesgo de manera cuantitativa-“objetiva” (probabilística) y la cualitativa-subjetiva (constructivista). Y da criterios de funcionamiento para ambas formas de concebir y evaluar qué es un riesgo.

En el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*, la OMS afirma que la idea de “riesgo” tiene diferentes definiciones; sin embargo, el significado que esta institución ocupa es el del “riesgo” como “la probabilidad

¹⁸¹ Renn, Ortwin. “Risk communication and the social amplification of risk”, en R.E. Kasperson and P.I .M. Stallen (eds.), *Communicating Risk to the Public*. Kluwer Academic Publishers. Netherlands. 1991.

de un resultado sanitario adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad”¹⁸². Es decir, la manera cuantitativa y “objetiva” de determinar a los fenómenos, prácticas, conocimientos, etc. que son “riesgosos”.

La evaluación y determinación de qué es un riesgo, en tanto probabilístico, se realiza a través de un método sistemático y aparentemente objetivo. Este método, a la OMS, le permite “[...] estimar y comparar la carga de morbilidad y traumatismos debida a diferentes riesgos”.¹⁸³

No obstante, la idea de objetividad la entrecorramos, porque la propia OMS en tal informe asevera que, aunque la delimitación, evaluación y gestión de los riesgos se basa en métodos causales lógicos-probabilísticos, el proceso no siempre es totalmente objetivo.

La no completa objetividad en la determinación y evaluación del riesgo es evidenciada en el informe al precisar que cuando es definido algo como “riesgo” no siempre se cuenta con toda la información necesaria que elimina la incertidumbre. En otras palabras, no siempre se tiene en cuenta la totalidad de los factores riesgosos que aumentan la probabilidad de ocurrencia del peligro.

Esto deriva en que la elección y evaluación de fenómenos y factores que son riesgos pueden carecer de información, certidumbre y objetividad, pese a la sistematización y aparente objetividad de su método. Esto es:

En toda elección de factores de riesgo para su evaluación hay inevitablemente una parte de arbitrariedad, pues siempre habrá que tener en cuenta las limitaciones de tiempo y de recursos y elegir entre distintas opciones. [...] Estas decisiones delicadas deben quedar claras cuando se indiquen detalladamente las fuentes de datos, los métodos y los resultados, incluida la estimación de la incertidumbre¹⁸⁴.

Además, también asevera la OMS que hay diferentes valores implícitos y subjetivos implicados en el cálculo probabilístico del riesgo. Un ejemplo es la elección, basada en el “buen criterio”, sobre qué información es idónea para tomar decisiones, ya sea para gestionar el riesgo o para hacer estrategias y políticas para su prevención o reducción. Otros valores que explícitamente enuncia como subjetivos son: la expresión

¹⁸² OMS, 2002, *Informe sobre la Salud...*, op. cit., p. 12.

¹⁸³ *Ibid.*, p. 13.

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 23.

numérica del riesgo, la ponderación del valor de la vida a diferentes edades, las tasas de descuento y la clase de resultados adversos para la salud que se haya decidido incluir¹⁸⁵.

No obstante, afirma en este informe también que, para poder disminuir considerablemente la incertidumbre en este proceso, la evaluación de riesgos se debe basar en la cuantificación de las mejores pruebas disponibles en relación con los riesgos “definidos” y “probables”. Pero se debe considerar que nunca se dispondrá de datos perfectos; que las causas de los riesgos son infinitas; que existen distintos grados de incertidumbre; que suele haber desacuerdo acerca de los umbrales tolerables; y que el azar juega un importante papel en la verosimilitud de la causalidad y en la validez de los métodos de estimación¹⁸⁶.

En este entendido, asume que la forma de disminuir estos conflictos es, por un lado, solicitar más datos que disminuyan la incertidumbre y, por otro, que se tenga “[...] la documentación completa de las fuentes de datos, los métodos y los supuestos, una amplia revisión colegiada, evaluaciones explícitas de la causalidad, y estimaciones cuantitativas de otros tipos de incertidumbre”¹⁸⁷.

Respecto a la definición cualitativa del riesgo, la OMS se basa en la propuesta de Paul Slovic¹⁸⁸ para definir y determinar cuál es la función de la percepción del riesgo en el ámbito de la salud a nivel mundial.

La OMS, pese a que trabaja en la actualidad con diferentes modelos probabilísticos¹⁸⁹ para identificar y evaluar los riesgos para la salud, acepta la implicación que tienen los factores no “científicos” en la interpretación y percepción de los riesgos.

¹⁸⁵ *Ibid.*, 34.

¹⁸⁶ *Ibid.*, 19.

¹⁸⁷ *Idem.*

¹⁸⁸ En las referencias del capítulo tres, “Percepción de los riesgos”, de este Informe se puede observar la lista de varios autores que estudian la percepción del riesgo, tal como Mary Douglas y Dorothy Nelkin. Además, en las referencias también es citado con distintos textos a Paul Slovic y explícitamente se incluye una fuente en donde afirman que Slovic realizó un documento inédito para la OMS y para este informe en particular: “Slovic P. Understanding perceived risk. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001. Documento de información inédito para el Informe sobre la salud en el mundo 2002”. Véase “Capítulo 3. Percepción de los riesgos”, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, OMS, 2002. P. 49. [en línea] [mayo-2021] Disponible en la web: <https://www.who.int/whr/2002/en/Chapter3S.pdf>

¹⁸⁹ Pese a que en el Informe la OMS afirma que utiliza diferentes modelos para determinar la causalidad de los riesgos y evaluarlos, cita a uno de los que considera más “aceptable” y “razonable”. Este modelo es el AB Hill que propone en 1965 en el texto *The environment and disease: association or causation? Proceedings of the Royal Society of Medicine*.

Estos factores generan que haya diferentes tipos de interpretación y percepción de los riesgos por parte de científicos, profesionales, administradores, políticos, público general, etc.¹⁹⁰

Tales factores que contempla la OMS son relacionados tanto al contexto cultural, social, político, económico y de salud, como a los psicológicos y cognitivos como las creencias o “cosmovisiones”, los valores, la confianza en el emisor de la información y la credibilidad que tenga en este. Y las razones por las que la OMS toma en cuenta la percepción del riesgo son: poder comunicar los riesgos a la sociedad en general, crear estrategias y políticas de intervención para reducir y prevenir los riesgos.

En este sentido, la OMS acepta que el enfoque de riesgos no sólo es “científico” sino también político. Y que en la percepción e interpretación pública de los riesgos intervienen creencias y relaciones de poder y de confianza¹⁹¹.

La comunicación del riesgo es una de las maneras de intervenir en la percepción e interpretación del riesgo o de diagnosticar cuál es la percepción ante un riesgo. Tanto para Slovic, Renn y la OMS, la comunicación del riesgo es diseñada con el objetivo de lograr cambios en la percepción y comportamiento del público receptor ante determinados riesgos.

La OMS sostiene que para poder poner en marcha este tipo de comunicación o políticas públicas de intervención, prevención o reducción del riesgo, es necesario, primero, considerar que la prevención se debe realizar en relación con los factores locales en donde se busca prevenir determinado riesgo. En segundo lugar, también se deben conocer y comprender las percepciones básicas y los marcos de referencia del público objetivo. Y, en tercer lugar, se debe tener en cuenta de que no toda la sociedad piensa de la misma manera, bajo los mismos marcos, ni bajo las mismas “categorías mentales”.

En síntesis, en cualquier estrategia que se proponga realizar, por un lado, no se “no se puede dar por supuesto que el público general piensa en los términos y con las categorías mentales adoptados sistemáticamente por los profesionales de la salud

¹⁹⁰ OMS, 2002, *Informe sobre la Salud...*, op. cit., p, 33.

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 38.

pública y otros expertos en riesgos”¹⁹². Y, por otro lado, debe considerarse la diversidad cultural, social y epistémica del público hacia el que van dirigidas dichas estrategias:

[...] El público general se compone de hecho de diferentes «públicos»: jóvenes y mayores, hombres y mujeres, pobres y vulnerables, etc., y cada uno de esos grupos puede tener percepciones y marcos de referencia válidos y diferentes para factores de riesgo similares¹⁹³.

El enfoque del riesgo de la OMS contempla dos formas de construir e identificar el riesgo: la propuesta lógico-probabilística y la constructivista. En este sentido, resulta necesario analizar si las políticas públicas, estrategias, leyes, etc. que regulan y profesionalizan a la partería tienen argumentos lógico-probabilísticos que determinaron a la partería como un riesgo y, por ende, propusieron su profesionalización. O, en su defecto, si no tienen argumentos constructivistas de la partería como riesgo. Así como también resulta necesario evaluar cuáles son los criterios epistémicos que fueron considerados para afirmar desde la medicina científica que era necesario profesionalizar a la partería tradicional.

En el siguiente capítulo tomaremos las propuestas de “chauvinismo científico”, “chauvinismo epistémico” y la propuesta peirceana para analizar las políticas públicas emitidas por las instituciones científicas, en términos de salud, que gestionan y regulan la partería, en tanto práctica. Y desde estas propuestas evaluaremos la construcción o la identificación de la partería tradicional como riesgo.

¹⁹² *Ibid.*, p. 48.

¹⁹³ *Idem.*

Capítulo 4. Análisis epistémico de las políticas públicas que gestionan y regulan la partería

Para poder analizar las políticas públicas que gestionan y regulan la partería y su profesionalización, es necesario no sólo retomar a Feyerabend y a Peirce, dada su pertinencia en términos de diversidad epistémica; también es necesario evaluar a partir de qué elementos epistémicos y socioculturales se ha definido a la partería como un riesgo.

Como pudimos observar en el primer apartado, la práctica de la partería ya no se practica en muchos lugares de México, pero se sigue formando a las parteras en términos de planificación familiar y salud materno-infantil. Uno de los principales argumentos que dio la OMS para este tipo de formación y función fue que la partera cumple con las características necesarias para el contacto con las familias.

Sin embargo, de manera explícita la OMS describe algunas prácticas y conocimientos de la partería tradicional como “dañina”, “nociva” y “riesgosa”. A partir de ello, propone profesionalizar a la partera tradicional y disminuir los riesgos de MM.

No obstante, como veremos en este capítulo, de acuerdo con el enfoque de riesgo que retoma la OMS en la evaluación e identificación de riesgos, no queda claro a partir de qué elementos “objetivos” se determina que hay conocimientos y prácticas de la partería que son riesgosas. Así como tampoco queda claro a partir de qué elementos la profesionalización de la partera mejora la SSRMN, si la práctica de atender partos se ha prohibido en diferentes poblados de México.

En este capítulo, en un primer momento, vamos a describir y evaluar, desde el enfoque de riesgos de la OMS y de la Percepción del riesgo de Paul Slovic, a partir de qué criterios y argumentos instituciones como la OMS, la OPS, la Secretaría de Salud, etc. afirman que la partería tradicional es dañina y riesgosa.

En un segundo momento, vamos a describir a partir de qué afirmaciones se evidencia que la OMS, por un lado, recae en un chauvinismo epistémico y científico, siguiendo a Feyerabend; y, por el otro lado, a partir de qué método fija la creencia y la interpretación de que la partería es una práctica riesgosa, siguiendo a Peirce.

En un tercer momento, vamos a retomar la tesis principal de este trabajo de investigación para mostrar en qué sentido la hipótesis se confirma y en qué sentido no se

confirma; para, finalmente, concluir con preguntas finales que se derivan de esta investigación y algunas vías de investigación posible que pueden ser abordadas posteriormente.

No obstante, antes de comenzar el desarrollo de este capítulo, es necesario indicar algunas formas metodológicas que propusimos para poder desarrollar este texto.

Para poder hacer legible el análisis, integramos en la parte de “Anexos” una tabla con afirmaciones que fueron abstraídas de las políticas públicas, recomendaciones, declaraciones, leyes, etc., antes citadas, que regulan y gestionan la práctica de la partería. Cuando en el desarrollo del texto se quiera citar una afirmación de la tabla se pondrá sólo la clasificación de dicha afirmación, la cual puede ser consultada en la parte de Anexos que se encuentra al final del presente trabajo.

4.1. La percepción del riesgo y la construcción epistémica de la partería como riesgo

La partería tradicional es un ejemplo que nos permite observar cómo la OMS desde 1950 tomaba en cuenta, en sus estrategias de intervención en la salud pública la diversidad epistémica y cultural, el enfoque científico del conocimiento, y la distinción entre el conocimiento científico y los demás conocimientos. Es decir, aunque aún no existía el pluralismo médico como área de conocimiento, existía la perspectiva de relativismo cultural propuesta por la antropología médica.

Recordemos que en esta década fue emitido el *Primer Informe del Comité de Expertos para la Formación Profesional de Parteras*. En este informe, pese a que ya existían las parteras profesionales o graduadas en la práctica, se promovió la profesionalización de la partera desde la formación de enfermería.

En ese Informe el comité de la OMS encargado afirmó que era necesario entender, compenetrarse y tener una interpretación conciliatoria con la cultura local de los lugares en donde se practicaba la partería. Ese entendimiento se basaba en el objetivo de facilitar la transformación de la partería “en un sentido progresivo”. Así como también les

permitiría poder utilizar los conocimientos y prácticas que no eran dañinos para la salud y eliminar los que sí lo eran.

La estrategia de intervención que la OMS tuvo desde esta década en la partería fue la profesionalización, mediante la formación de enfermería, tuvo desde un primer momento el objetivo claro: que la partera dejara de atender partos.

Como podemos observar en las afirmaciones **A1.55 – A6.55**¹⁹⁴, en el informe no sólo promueve que la profesionalización sea mediante conocimientos de enfermería, sino también promueve la sustitución de la partera tradicional por la profesional, y el “inculcar” a la partera que ya no realice partos.

Además, algo por lo que definen como aprovechable de la partera en la OMS y lo utilizan para los fines de la asistencia maternoinfantil son las cualidades que afirma que tienen la partera tradicional (**A5.55**): “conocer perfectamente a la comunidad donde actúa, influencia en tal comunidad, autoridad en las comunidades (*sic*)”. Ya que esas características vuelven a la partera un traductor cultural y epistémico entre el sistema de salud y la comunidad, a través de asistir a la madre y a su hijo en lo que posteriormente llaman planificación familiar (**A7.66, A10.74**) y SSRMN (**A20.93**).

Sin embargo, fue hasta 1993, en la Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF, *Parteras Tradicionales*, que la OMS comenzó a caracterizar a la partería tradicional como “riesgosa” (**A21.93, A26.93, A27.93, A37.08, A63.20**). Antes de este periodo, había expresado que la partería y su práctica tenía características “nocivas” (**A2.55, A16.79**), “dañinas” (**A11.75**) o “peligrosas” (**A3.55, A27.93**).

Esta forma de referir a algunos conocimientos y prácticas de la partería fueron una manera de referir a lo que ahora nombran como “riesgo”. El hecho de que antes de la década de los 90 no la llamaran bajo dicho término fue porque el enfoque de riesgo lo adoptaron hasta 1970 (20 años después del *Primer Informe del Comité de Expertos para la Formación Profesional de Parteras*). Pero la forma en la que definen “riesgo”, recordemos, es la probabilidad de la ocurrencia de un peligro o el factor que genera esa probabilidad.

¹⁹⁴ Véase los Anexos de este trabajo. Buscar en la tabla las afirmaciones en relación con la clasificación que se menciona. Por ejemplo, en la clasificación **A1.55**. La letra refiere a “afirmaciones”, el segundo número (1) refiere al número de afirmación o conjunto de afirmaciones. El tercer número después del punto (.55) refiere al año de la política pública o documento de donde se sacaron las afirmaciones.

Cuando la OMS caracteriza como dañinas, nocivas, peligrosas o riesgosas a algunas prácticas y conocimientos de la partería tradicional, no enuncia explícita, y de manera concreta, cuáles son esas prácticas y conocimientos, y no argumenta a partir de qué probabilidades son nocivas, peligrosas, dañinas o riesgosas.

La formación de la partera la determinan como necesaria para poder tener la capacidad, para brindar el servicio de con calidad y para poder canalizar correctamente a los pacientes con los especialistas indicados, pero tampoco expresan en estas declaraciones, recomendaciones, políticas, etc., las razones por las cuales la partería tradicional no es suficiente para poder realizar esa labor.

Sin embargo, aunque no esté explícito en los documentos de la OMS, desde el trabajo de Aguirre Beltrán se explicitan algunas prácticas y creencias que buscaban modificar y erradicar relacionadas con el embarazo y el trabajo de parto de la mujer. Como ya mencionamos anteriormente, estas prácticas son la desnutrición y la atención del parto fuera de una clínica. Pero estas prácticas, aunque desde sus argumentos justifican la profesionalización o el entrenamiento de la partera, no implicaban la prohibición de la partería.

Además, Beltrán no da cuenta de estadísticas, ni de algún número de casos repetitivos en donde dichas prácticas y creencias que hayan generado la muerte o hayan puesto en peligro a las mujeres y sus hijos. Esto es, pese a que explicita algunos problemas que observa desde la medicina científica, no se basa en ningún método probabilístico o en cifras estadísticas para poder afirmar que son un riesgo estas prácticas y creencias.

Respecto a la planificación familiar, como podemos observar en la **A12.74** y **A14.74**, la formación está justificada en beneficio de la toma de decisiones de la partera y del cumplimiento con “éxito” y “calidad” de sus funciones en dicho programa de salud.

Tampoco expresan por qué la partería, pese a la profesionalización, ya no puede atender partos (**A6.55**), sino sólo asistirlos y fungir como enfermera; o por qué la partera deja de asistir partos y se dedica completamente a la planificación familiar y a atención a la SSRMN.

En la **A14.74** la OMS sólo expresa la probabilidad del éxito de los programas a partir de la formación de la partera y enfermeras, pero no menciona la probabilidad de que las parteras generen algún daño a partir de sus prácticas tradicionales.

En concreto, no hay razones probabilísticas sobre las causas por las cuales la partería tradicional es un riesgo o un factor de riesgo, pese a que sus conocimientos y prácticas son definidas como “nocivas”, “dañinas”, “peligrosas” y “riesgosas”.

Esta forma de concebir a la partería tradicional genera, discursivamente, la necesidad de formar y “adiestrar” a las parteras tradicionales sin argumentos que lo justifiquen. Ya que no indican qué hace a la partería tradicional riesgosa y no hay razones que justifiquen por completo su formación. Las únicas razones que expresan para su profesionalización son que implica prácticas y conocimientos riesgosos o peligrosos y que su profesionalización disminuye la mortalidad y morbilidad materna (**A42.10 – A44.10; A46.14 – A49.14, A57.19 – A58.19**).

Pero, reiteramos, explícitamente no mencionan qué prácticas y conocimientos de la partería tradicional son riesgosas y generan la mortalidad y morbilidad materna, así como tampoco enuncian a partir de qué criterios sostienen tales afirmaciones.

De este problema se derivan otros dos problemas: por un lado, los factores de riesgo asociados a la MM, ni en las primeras políticas de la OMS de planificación familiar y profesionalización de la partera tradicional (**A15.74, A16.74**), ni en las cifras actuales (**A60.19.B – A62.19.B**), no mencionan de manera concreta ningún factor derivado de las prácticas o conocimientos de la partería tradicional. Por otro lado, prohíben la práctica de la partería a partir de la profesionalización de la misma.

Respecto al primer problema, los factores de riesgo asociados indirectamente a la partería tradicional son el desconocimiento de métodos científicos de diagnóstico, intervención y saneamiento, y la falta de prevención y atención de complicaciones antes, durante y después del parto (**A57.19 y A58.19 - A60.19.B – A62.19.B**).

Esta asociación indirecta la determinamos así porque en políticas anteriores se ha expresado que la formación de parteras permite la obtención de conocimientos científicos que posibilitan atender complicación y prevenirlas. Además, en la afirmación **A62.19.B** admite que un obstáculo en la atención de complicaciones son las prácticas culturales.

Respecto al segundo problema, la partería, desde 1955, quedó prohibida (**A6.55**). La formación y profesionalización, en suma, tuvo como objetivo el reemplazo de la partera tradicional por la partera profesional (**A1.55**). Sin embargo, en políticas posteriores esto dejó de ser explícito y se mencionó la posibilidad de que ejerciera.

No obstante, de acuerdo con la evidencia enunciada: entrevistas a parteras y médicos científicos en Cuetzalan, los testimonios del texto *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*, la partería en tanto atención de partos, ya no se practica. Las funciones actuales de la partera, a partir de la profesionalización, se redujeron a la atención a la SSRMN y planificación familiar (**A9.74 – A16.74**)

Dado que los factores de riesgo de mortalidad y morbilidad materna no tienen relación causal directa (antes de basarse en el enfoque de riesgo, dada su inexistencia) ni probabilística (con base en el enfoque de riesgo) con las prácticas o conocimientos de la partería tradicional, no hay argumentos objetivos que justifiquen su profesionalización, ni su prohibición.

El objetivo de la reducción de mortalidad y morbilidad materna no se pretendió disminuirlo con la práctica “segura” de la partería por medio de su profesionalización; sino se buscó disminuirlo a partir de la prohibición de la propia práctica y de la asignación de funciones de enfermería y traducción cultural y epistémica a la partera. Es decir, la profesionalización tuvo como objetivo el cambio de funciones de la partera en relación con la atención a la SSRMN y planificación familiar, y la vinculación a las comunidades indígenas, no con disminuir o erradicar un riesgo o factor de riesgo.

Hasta este punto, parece que la partería tradicional, al ser profesionalizada, tuvo como función la disminución o eliminación de riesgos en términos de la SSRMN. Pero por la asignación de funciones en el sistema de salud, no por “mejorar” sus capacidades y prácticas de atención al parto.

Asimismo, cabe recordar que la partería profesional se considera un tipo de APS, eso significa que la partería profesional sólo sirve para la atención primera. En este tipo de atención no cabe la atención de partos; debido a que la atención de partos está clasificada en atención de segundo nivel, esto es, de especialidad obstétrica.

Desde la Declaración Alma-Atta también se afirma, con base en la clasificación de las funciones de la partería y los conocimientos tradicionales, que la partera no puede atender partos, sólo puede asistirlos como enfermera. Ya que es parte de la APS.

En este sentido, podemos afirmar que la concepción de la partería como riesgo se ha creado a partir de la forma cualitativa de determinar el riesgo: social y culturalmente. Esto es, desde el método constructivista, dada la falta de evidencia que pruebe tal cualidad y que muestre la “objetividad” de la asociación conceptual.

La construcción de la partería tradicional como riesgo estuvo influida principalmente por las investigaciones de la antropología médica orientadas por el III y el INI. Como trabajamos en el primer capítulo, los resultados de los estudios del indigenismo mexicano en términos de salud estuvieron en diálogo con las acciones y regulaciones propuestas por la OMS. Y en ese diálogo fue en donde se determinó la profesionalización de la partera sin información que evidenciara cuantitativamente que, en efecto, la partería tradicional era un riesgo.

En este sentido, la percepción de la partería como riesgo se creó mediante diferentes factores. Uno de ellos fueron las estrategias de intervención internacionales y nacionales realizadas en el siglo XX¹⁹⁵, tal como la formación y certificación de parteras junto con la enfermería, y la hibridación de conocimientos médicos en Hospitales Mixtos o Interculturales.

Como menciona la OMS, la percepción del riesgo se construye a partir de diferentes variables como la información recibida, la confianza en el emisor, los valores y creencias de los receptores de esa información en función de su experiencia pasada y de lo que aprenden en fuentes científicas, periodísticas, familiares, amistosas, de sus compañeros y de otros grupos¹⁹⁶.

Y, como ya trabajamos, la comunicación del riesgo es una forma de intervenir en la percepción del riesgo; es una forma de intervenir para cambiar los comportamientos de los receptores frente a los riesgos. Estas intervenciones en la OMS suelen relacionarse con programas de salud y la construcción de políticas públicas.

¹⁹⁵ Nos enfocamos en el XX, dada la evidencia que trabajamos en esta investigación a nivel de políticas y evidencia. Sin embargo, como ya mencionamos, en la práctica la profesionalización de la partería y la integración o vinculación de con la medicina científica se había realizado con anterioridad a este siglo.

¹⁹⁶ OMS, 2002, Informe... *op. cit.*, p. 36.

Así, en la OMS, a partir de dichas acciones se comunicó explícita e implícitamente que la partería tradicional requirió capacitación, profesionalización e integración o vinculación con la medicina científica, porque no era segura, tenía prácticas dañinas o peligrosas y era riesgosa para la salud maternoinfantil.

En este sentido, tanto el clasificar a la partería como APS, como modificar sus funciones, formar y “adiestrar” o profesionalizar a la partera como enfermera, y crear recomendaciones, políticas e instituciones que gestionaran y supervisaran tales actividades y funciones, tal como los hospitales mixtos, comunicó que la práctica tradicional no era segura. Lo cual, inferimos, tuvo como consecuencia la construcción social de la percepción e interpretación de la partería tradicional como “riesgo”.

Otro de los factores que aportaron a la construcción de la partería como riesgo fue que documentos y médicos representantes de la medicina científica, como el director del Hospital General y el Regidor de Salud, ambos de Cuetzalan, describieran explícitamente que la partería es riesgosa para la salud.

La medicina científica tiene un estatus epistémico que, en la mayoría de los casos, genera confianza por su nivel de “objetividad” y entendimiento sobre el cuerpo humano. Y la confianza, como lo menciona la OMS, es necesaria para la aceptabilidad de riesgos cuando se emite su comunicación, ya sea de boca en boca o mediante medios de comunicación, recomendaciones internacionales o políticas públicas.

Así, el que estos médicos o en estos documentos se afirme que la partería es un riesgo, aunque carezcan de evidencia documentada, también comunican y permiten modificar la percepción e interpretación que tienen sus receptores ante determinados fenómenos; siempre y cuando, tales receptores confíen en ellos sin solicitar pruebas de sus afirmaciones.

Esta confianza en la medicina científica pone de evidencia el siguiente problema: las características, funciones, conocimientos y clasificaciones que ahora cumple la partera y su práctica son determinados por la medicina científica, es decir, desde una perspectiva, teorías y creencias externas a las creencias de la partería.

Este problema, además, pone de manifiesto, por un lado, que muchos de los argumentos que construyen a la partería como riesgo se basan en que no son científicas las prácticas y los conocimientos de la partería tradicional. Por otro, que la construcción

de la percepción de la partería como riesgo implica métodos no científicos en la fijación de tal percepción, lo cual muestra el estatus político-epistémico que tiene la medicina científica.

La idea de “ciencia” bajo la cual se posiciona la OMS para poder ser una institución internacional con la autoridad de poder decir cómo debe gestionarse todo lo relacionado con la salud, es la que Feyerabend llama “ciencia ideal”.

El hecho de que en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana* la OMS aceptara que la evaluación e identificación de riesgos no es completamente objetiva, no implicó que asumiera que la idea de ciencia objetiva tampoco existiera. Lo que admitió fue que la información no siempre es suficiente y en la evaluación se toman decisiones un tanto arbitrarias para poder determinar qué es un riesgo y qué no.

No obstante, determinar desde la medicina científica qué funciones y qué características debe tener la partería (**A1.55, A4.55, A6.55, A7.66 - A9.66, A9.74 – A12.74, A14.74**) subyace a un proceso anterior: la asunción de que se tiene la autoridad, el conocimiento y la experiencia necesaria para poder emitir recomendaciones, estrategias, políticas e informes sobre la partería. Suponer esto le ha permitido determinar cuál es el papel de dicha práctica en el sistema de creencias científicas, y a partir de dichas creencias.

La OMS, en tanto máxima representante de la ciencia moderna o ideal, comprende que hay una diversidad de marcos de referencia y puntos de vista, tal como lo explicita en el Informe del 2002. Sin embargo, esta comprensión no implica que considere que esa diversidad tiene prácticas y conocimientos igualmente válidos e, incluso, complementarios con los de la medicina científica. La diversidad sólo la contempla como un factor que posibilita o dificulta el accionar de los diferentes actores sociales que toman decisiones y que gestionan temas referentes la salud.

En este sentido, desde Feyerabend, podemos interpretar a este problema como una falta de pluralismo teórico y del principio de proliferación. Es decir, pese a que la OMS reconozca la pluralidad cultural, teórica y epistémica, busca eliminar cualquier tipo de teoría o práctica que no vaya acorde con la medicina científica.

La OMS, al plantear la necesidad de eliminar las funciones, prácticas y conocimientos que considera dañinos o riesgosos para la salud desde sus creencias, sin ningún tipo de justificación, no sólo invalida a las teorías alternativas, sino también elimina la posibilidad de contrastar a la medicina obstetra con la partería tradicional en relación con la atención del parto.

Además, podemos observar que la OMS no aceptaría la teoría pragmática de la observación de Feyerabend. Ya que propone generalizaciones que pretende aplicar a la diversidad que la propia organización reconoce en sus políticas, declaraciones y recomendaciones. Algunas de las generalizaciones que podemos observar son desde la propuesta de “salud para todos”, hasta la emisión de estándares globales sobre la formación de la partería.

Estas generalizaciones parten del supuesto de que la medicina científica tiene la razón en términos universales y por ello puede determinar qué es lo que, a nivel global, se debe hacer en relación con la partería y su práctica. Este supuesto evidencia que la OMS se apega a los postulados de la ciencia ideal positivista.

En este sentido, para que la OMS aceptara la teoría pragmática de la observación tendría que dejar de realizar generalizaciones. Dado que asumiría que emitir discursos, políticas y recomendaciones generales, en términos de salud, es excluir la posibilidad de que se observe la experiencia, de lo que en la medicina científica se entiende por “salud”, desde otro punto de vista y pueda interpretarse el mundo desde ahí.

Entonces, podemos observar que el que la OMS coincida con los supuestos de la ciencia moderna genera que sus discursos y acciones estén guiadas por un tipo de chauvinismo científico. En otras palabras, asume que la ciencia que representa es la que tiene la razón y excluye a cualquier otra forma de explicar e interpretar el mundo si difiere con sus postulados.

En afirmaciones como **A19.78**, **A41.09**, **A42.10**, **A45.10**, **A62.19.B** se puede leer que para que la partería mejore como profesión y disminuyan los riesgos, es necesario apearse a los postulados científicos. Así como también para que las mujeres tengan salud, deben tener todas acceso a servicios de salud materna profesional.

La idea de “profesionalizar”, como hemos observado, implica formar a las parteras desde la medicina científica para realizar su labor “sin riesgo”. Esto permite evidenciar

que no sólo, entonces, se asume un chauvinismo científico, sino también estas acciones se basan en un chauvinismo epistémico. Es decir, el que la OMS asuma que la medicina obstetra es mejor que la partería tradicional implica también que asume que la partería es inferior epistémicamente hablando.

El chauvinismo epistémico de la OMS podemos observarlo a partir de afirmaciones que aseguran la necesidad de entender la cultura, las prácticas y los conocimientos de la partería tradicional para “eliminar los que son nocivos” (A1.55 y A2.55). Entonces, se parte *a priori* de un tipo de una discriminación de conocimientos y se asevera que hay algunos nocivos, aun después de afirmar que deben conocerse dichas prácticas y conocimientos.

En concreto, *a priori* a entender las prácticas y conocimientos de la partería tradicional, sostiene que la partería tiene características nocivas. Parte de una discriminación epistémica *a priori*, la cual implica un chauvinismo epistémico, que deriva del chauvinismo científico que representa la OMS.

En consecuencia, tenemos declaraciones, normas, recomendaciones, políticas, estrategias y leyes, internacionales y nacionales, que se basa en postulados que han excluido a la práctica de la partería, y sus conocimientos, sólo porque no son científicos y, por ende, no cumplen con los estándares de la ciencia, en términos de salud.

Esta exclusión no está justificada bajo ningún método “objetivo” de la ciencia, ni cumple el principio de proliferación de Feyerabend: la OMS no permite contrastar la partería tradicional con la medicina obstetra para evidenciar el éxito o las fallas de ambas creencias, sólo impone las creencias y hábitos científicos. La inaccesibilidad de contrastar sus postulados parte de ambos tipos de chauvinismo.

Además, la exclusión de la partería tradicional se realizó a partir de profesionalizarla y determinar sus funciones de manera que le beneficiara a la medicina obstetra, sin importar si beneficiaba a las creencias y hábitos de las parteras tradicionales.

En este sentido, desde Peirce, la razón de que dicho chauvinismo científico y epistémico de la OMS haya tenido éxito en la creación de la percepción de la partería como riesgo y, en consecuencia, su obligatoria profesionalización, fue que mediante diferentes estrategias fijó la creencia de era una práctica “riesgosa” a través de los métodos *a priori* y de autoridad.

Recordemos, el método a priori es aquel que se fija por la preferencia, gusto o convencimiento de una proposición sin pruebas, ni evidencias que permitan determinar su verdad o efectividad. El método de autoridad es aquel que utilizan las instituciones para fijar creencias con base en la enseñanza continua o adoctrinamiento, la amenaza y el miedo o a partir de tener un estatus epistémico positivo que le brinda credibilidad en la comunidad.

La OMS es una institución que representa a la medicina científica y sus postulados se basan en la idea de “ciencia” positivista. A partir de algunos resultados exitosos, de imposiciones, de tener una amplia comunidad de seguidores, “creyentes” y miembros, de la exclusión y discriminación de otros conocimientos, de la enseñanza de los postulados que representa en una gran cantidad de países, esta institución tiene un estatus epistémico de autoridad, en términos de salud, a nivel mundial.

Es decir, a fijado la creencia de que la medicina científica tiene la razón y la verdad en términos de salud. Esto lo ha hecho, incluso, sin que siempre haya evidencia que lo compruebe, y considerando el alto porcentaje de casos en términos de violencia obstétrica.

Algunas de las estrategias que ha ocupado para fijar estas creencias son, principalmente, la enseñanza de la ciencia moderna en las aulas, las declaraciones, convenios, estándares, recomendaciones, etc., mundiales rectificadas por los países miembros, y, por último, el fomento de la relación entre la política, la economía y la salud.

Esta última estrategia consiste en que la OMS tiene relación directa con los representantes políticos de cada país; y estos, a su vez, reciben, rectifican y replican los discursos y las prácticas de la institución, debido al estatus epistémico que tiene y que, simultáneamente, ellos fomentan. Asimismo, la relación económica que tiene la OMS está relacionada a las farmacéuticas y laboratorios que ponen en práctica sus postulados y los verifican o innovan.

Hay una relación bilateral de afectación en el ámbito económico y de salud, en términos de innovación y verificación del conocimiento que representa la OMS y tales empresas. Sin embargo, a partir del intercambio económico, la OMS, en tanto institución representante de la medicina científica avalada mundialmente, debe certificar las

prácticas y conocimientos de dichas farmacéuticas y laboratorios para que estos puedan figurar en el mercado.

Con respecto a la fijación de las creencias de medicina científica, el método *a priori* es la consecuencia del método de autoridad. La OMS al ser autoridad emite discursos y estrategias de intervención, como la propia institución lo ha planteado, que derivan en la obligatoria aceptación de sus postulados. Esta obligatoriedad no es explícita siempre. Pero debido a su estatus epistémico, político y económico, en términos de salud, tiene credibilidad. La credibilidad, y la confianza que genera dicha credibilidad, es necesaria para que sus estrategias y postulados sean aceptados y fijados como creencias sin tener que mostrar evidencia que comprueben su veracidad o coherencia. Desde la comunicación del riesgo esto no es distinto:

Esto a su vez llevó a la conclusión de que los poderes públicos y los responsables políticos debían desempeñar un papel importante en el manejo de los conflictos provocados por las políticas de reducción de riesgos, promoviendo un diálogo abierto y transparente dentro de la sociedad, a fin de lograr un alto grado de confianza pública para ese diálogo. De ello se desprende una enseñanza importantísima: es indispensable un alto grado de confianza entre todas las partes para poder reducir la carga mundial de riesgos para la salud en el futuro¹⁹⁷.

A modo de resumen, podemos identificar los siguientes resultados de la investigación y el análisis: 1) La OMS, en tanto representante de la medicina científica, es una institución que aparentemente es objetiva a partir de los métodos que utiliza en sus investigaciones y estudios; sin embargo, como pudimos observar, no siempre muestra evidencia “objetiva” de sus afirmaciones y creencias. 1) La OMS es una institución que ha fijado sus creencias bajo el método de autoridad y *a priori*. 2) El tener este estatus de autoridad, no sólo epistémico, sino también en términos políticos y económicos, genera credibilidad y confianza en el público receptor de sus normas, estándares, recomendaciones, declaraciones, convenios y políticas públicas. 3) La credibilidad de la OMS genera confianza y, en consecuencia, se aceptan y fijan sus postulados, creencias y hábitos, pese a la falta de evidencia en sus afirmaciones y pese al número de casos de denuncias y testimonios sobre violencia obstetra. 4) El método de autoridad bajo el cual actúa la OMS se rige, además, por un chauvinismo científico y epistémico; lo cual genera que cualquier conocimiento no científico sea excluido, modificado, discriminado y

¹⁹⁷ OMS, 2002, *Informe sobre la Salud...*, op. cit., p. 35.

resignificado sólo por no ser científico y para ser avalado por la OMS. 5) En este caso, la partería tradicional, es uno de esos conocimientos no científicos que fue afectado por la OMS. 6) Los argumentos que utilizó la OMS para poder modificar, resignificar y profesionalizar a la partería tradicional fueron que algunas prácticas y conocimientos de la partería tradicional eran “nocivas”, “peligrosas” y “riesgosas”. 7) La OMS en ningún documento, comunicado, etc., mostró evidencia concreta, ni “objetiva”, ni señaló cuáles y por qué eran riesgosas; pese a que 20 años después del comienzo de la profesionalización oficial de la partería, la OMS adoptó un enfoque de riesgo aparentemente “objetivo”. 8) La profesionalización de la partería tradicional tiene como objetivo explícito mejorar la salud maternoinfantil y reducir la mortalidad y morbilidad materna. 9) Sin embargo, la partera, a partir de su profesionalización, tiene funciones análogas a las de enfermería y ya no puede atender partos. 10) La profesionalización se realizó de manera obligatoria sin contemplar la opinión y creencias de las propias parteras, ni de nadie que fuera parte de su comunidad. 11) Se tiene una percepción y creencia de que la partería tradicional es riesgosa sin justificación, y pese a que instituciones oficiales como la CNDH han afirmado que la partería reduce la MM.

A modo de conclusión, podemos señalar algunos puntos:

1. Afirmamos que la OMS no incluye a la diversidad cultural en virtud de su diversidad epistémica. Es decir, aunque la OMS desde sus discursos reconoce la diversidad cultural, bajo un pluralismo médico, este reconocimiento no implica que se incluya, epistémicamente hablando, tal diversidad en sus recomendaciones, políticas, estrategias, etc.
2. Afirmamos también que en el nivel nacional la partería ya no se practica por una recomendación macro, es decir, por ser México un país miembro de la OMS. Así, aunque en México se hicieran estrategias relacionadas a la promoción de la partería tradicional en tanto práctica, debe estar regulada y debe ser aprobada por el sistema de salud nacional. Dicho sistema, a su vez, está regulado y es gestionado por el sistema de salud internacional dominante: la OMS.
3. Pese a que en la partería tradicional es un derecho cultural de las comunidades indígenas, este derecho fue subordinado al derecho de acceso a la salud. De acuerdo con la Agenda 2030 el acceso a la salud científica es uno de los objetivos.

Sin embargo, la cultura fue integrada de manera transversal como objetivo años posteriores a la creación de dicha Agenda. Esta integración se basó en el reclamo de una gran cantidad de gestores culturales.

Esto nos permite observar que no sólo en términos nacionales la cultura, en tanto derecho, ha sido subordinada a otros derechos como el de la vivienda y la salud. Sino también ha sido así en términos internacionales.

4. Como se ha creado la percepción de que la partería es riesgosa, algunas comunidades han asumido esa percepción y han suplido el derecho cultural de practicar la partería con el de acceder a la “salud” desde el punto de vista científico. Un caso que nos permite asumir dicha afirmación es el de Cuetzalan, Puebla. Ahí algunas mujeres entrevistadas afirmaron que no atienden su parto con parteras (independientemente de que esté prohibido) porque no es completamente seguro hacerlo con la partera y hay miedo de hacerlo. Sólo van con ella a palpase y a sobarse. Esto se debe a que el acceso a la obstetricia se ha comunicado y percibido como un tipo de desarrollo de las comunidades indígenas y se ha manifestado como una atención de la salud segura. Esta estrategia de comunicación está vinculada a la meta “salud para todos en el 2000”. Y dicha estrategia se implementó independientemente de que la cultura de las comunidades indígenas esté de por medio, al igual que sus creencias y prácticas. Ya que, por un lado, al perderse una práctica cultural, como lo es la partería, la cultura se transforma hacia la asimilación de prácticas no indígenas. Un ejemplo de esto es la asimilación de prácticas relacionadas con el ir al obstetra y ya no con la partera. Por otro lado, el prohibir la partería e imponer, de alguna forma, el acceso a la medicina científica trae consigo la pérdida de la práctica como consecuencia de la violación de un derecho cultural avalado internacional¹⁹⁸ y nacionalmente¹⁹⁹: el de poder ejercer sus prácticas culturales vinculadas a la medicina tradicional y la partería²⁰⁰.

¹⁹⁸ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), Carta Internacional de Derechos Humanos, los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESCA), etc.

¹⁹⁹ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, op. cit.*, artículo 2.

²⁰⁰

5. El pluralismo epistémico y médico no permiten preservar la partería tradicional. Al contrario, han funcionado para poder invisibilizar algunas prácticas bajo el discurso de desarrollo y complementariedad de medicinas. Los problemas que no logra resolver el pluralismo en términos de brindar los criterios y métodos de elección de medicinas dentro del conjunto existente generan que el sistema de salud científica excluya a las medicinas tradicionales y alternativas mediante un tipo de chauvinismo epistémico y científico.
6. El pragmatismo peirceano permite, a partir del método científico de fijación de la creencia, fijar creencias basadas en la resolución de dudas. En este sentido, el criterio es neutral: la medicina que resuelva un problema de salud determinado es la que será elegida. Ello no implica que se elimine a esa medicina-creencia, sino sólo se ocupará cuando pueda resolver algún otro problema. Esto permite que las medicina puedan “competir” en la resolución de problemas en torno a la salud y puedan ser elegidas, equitativamente, por los sujetos. Esta elección se basa en lo que resuelve la medicina, no en su estatus epistémico.
7. El pragmatismo, mediante el método científico de fijación de la creencia, brinda criterios neutrales que permiten generar elecciones equitativas de las medicinas existentes. No las vuelve excluyentes entre sí; y su criterio de falibilidad permite que todo el tiempo sean puestas a prueba. Así, ninguna tiene ninguna predominancia sobre la otra. Sólo tendrían un carácter resolutivo y bajo dicho carácter es que serían elegidas.
8. No podemos pensar en que la partería tradicional volverá algún día a ser la misma de antes, debido a los procesos a la que ha sido sometida hasta su prohibición. Sin embargo, sostenemos que podrían retomarse en la medicina obstetra y atención de partos las prácticas de acompañamiento de la partera. Es decir, para disminuir la violencia obstetra, consideramos que es necesario retomar el trato de acompañamiento personalizado entre médico-embarazada que ha sido olvidado en la medicina obstetra.
9. Asimismo, proponemos la importancia de retomar la característica de lo femenino en la atención de partos. Esto es, se ha masculinizado la obstetricia y la atención de partos; pese a que los antecedentes de atención de parto se basaban en la

relevancia de la feminidad: la partera era mujer debido a sus aptitudes y empatía con la mujer embarazada. Es algo que podría tomarse en cuenta en la formación de médicos obstetras. Es necesario incentivar la feminidad en el área a partir del cuestionamiento de las razones que han masculinizado la práctica. Quizás tales razones se relacionan con cuestiones de inequidad de género; sin embargo, esa hipótesis podrá ser resuelta en investigaciones posteriores a esta.

10. La partería tradicional ya no existe. Sólo hay partería profesional, la cual ya no necesariamente se dedica a la atención de partos, sino a la atención de la SSRMN y a la planificación familiar. Sin embargo, el símbolo de partería sigue existiendo en las comunidades. Esta existencia permite asumir a la partería tradicional como un derecho cultural que puede ser exigido para poder retomar algunas de sus prácticas y, en consecuencia, recuperar parte de su identidad cultural. Pero esta exigibilidad corresponde a las propias comunidades indígenas. Y al no tener conciencia del proceso que ha implicado la prohibición de la partería tradicional, no podrán reconocer la relevancia de la exigibilidad de dicho derecho.
11. Así, una de las preguntas que buscaremos resolver en una investigación posterior es ¿cuáles son los factores que se deben contemplar en la creación de políticas públicas que regulen a la medicina tradicional y a la partería para evitar la eliminación de sus prácticas y conocimientos y para tener políticas públicas epistémicamente efectivas y equitativas? Ya que actualmente los factores que fueron contemplados en la creación de las políticas que profesionalizaron a la partería fueron sólo las creencias y hábitos interpretativos de la medicina científica y de la antropología médica. Aunque se reconozca un pluralismo médico y la diversidad cultural, las políticas públicas en materia de salud no contemplan factores desde las propias comunidades.
12. Derivado del punto anterior, resulta necesario pensar en otros elementos pragmáticos y epistémicos que puedan ser contemplados en la creación de políticas públicas. Uno de esos elementos es la representación de cada uno de los Pueblos Indígenas en la creación de las políticas públicas que regularán sus propios conocimientos y sus prácticas. De lo contrario, seguiremos observando políticas públicas chauvinistas epistémicamente hablando.

ANEXOS

Buscar en la tabla las afirmaciones en relación con la clasificación que se menciona. Por ejemplo, en la clasificación **A1.55**. La letra refiere a “afirmaciones”, el segundo número (1) refiere al número de afirmación o conjunto de afirmaciones. El tercer número después del punto (.55) refiere al año de la política pública o documento de donde se sacaron las afirmaciones.

Clasif.	Institución /año	Política pública / Documentos	Afirmaciones
A1.55	OMS / 1955	Primer Informe del Comité de Expertos para la Formación Profesional de Parteras	“Los planes de formación deberán proponerse en tres finalidades: Mejorar la práctica de la partera empírica tradicional, preparar parteras tituladas que se emplearán en la enseñanza y en los servicios de inspección, y preparar parteras auxiliares. En un proceso adaptado a los crecientes recursos económicos y sociales del país, se podrá ir sustituyendo las parteras tradicionales por las del grupo auxiliar y colocando en los puestos que ocupaban estas otras a parteras graduadas” (p. 8).
A2.55			“Como efecto de las creencias tradicionales , son muy diversas las prácticas referentes al embarazo, al parto y a los cuidados que recibe el recién nacido. [...] Una interpretación conciliatoria de los factores impuestos por la cultura y las tradiciones locales facilitará mucho su transformación en un sentido progresivo . Algunas de esas costumbres son verdaderamente útiles ; otras, al parecer, no causan perjuicio ninguno; otras, en fin, son nocivas y conviene eliminarlas ” (p. 4).
A3.55			“Cuando se respetan creencias y costumbres tradicionales que no perjudican, y se aprovechan a fondo las ventajas de las que no son favorables, resulta más fácil ganarse la confianza de la madre y de su familia, y asentar así sobre una base sólida la ejecución de un programa continuo de educación sanitaria, que tienda a suprimir de manera constante y progresiva las prácticas peligrosas ” (p. 4)..
A4.55			“La formación de las parteras deberá integrar los principios que debe integrar la formación de la enfermera : salud mental, salud pública y prevención de las enfermedades con el propósito de proporcionar a las enfermeras los conocimientos necesarios para instruir a los enfermos y a sus familiares sobre los principios de salud” (p. 10).
A5.55			“Por útiles que puedan ser estas cualidades adquiridas gracias a su destreza natural (conocer perfectamente a la comunidad donde actúa, influencia en tal comunidad, autoridad en la comunidades), no es posible olvidar que la partera empírica está desprovista de instrucción escolar y que, en consecuencia, su capacidad de entender y asimilar cuestiones técnicas suele ser muy lenta . La formación que se le dé tendrá que apoyarse, pues, en lo que haya de aprovechable en su práctica ” (p. 20).
A6.55			“En la formación de la partera tradicional empírica habrá que inculcarle sobre todo principios de limpieza, la identificación de los síntomas anormales durante el embarazo y la obligación de abstenerse de intervenir en el parto ” (p. 20).
A7.66			OMS, 1966
A8.66	“La experiencia de los países que han optado por la regulación de la natalidad indica que cuando la acción correspondiente es función ordinaria de los servicios de higiene maternoinfantil se obtienen resultados favorables desde el punto de vista de la asistencia a la madre. Por su estrecho contacto con la familia, la partera reúne condiciones óptimas para participar en los programas de planificación familiar ” (p. 7).		
A9.66	“Las transformaciones de la práctica obstétrica y de la hospitalización ya no permiten a la partera atender ininterrumpidamente a una enferma, lo que con frecuencia ha dado lugar a sentimientos de frustración en el trabajo cotidiano. Conviene pues que la partera reciba con prontitud la ayuda y los consejos del médico , que éste facilite a comunicación entre los miembros del grupo de asistencia a la madre, colabore en las actividades de formación y reconozca sin reservas el valor profesional de sus colegas de los servicios de partería” (p. 22).		

Clasif.	Institución /año	Política pública / Documentos	Afirmaciones		
A9.74	OMS, 1974	La planificación de la familia en los estudios de formación de enfermeras y parteras	"En general, las funciones clínicas del personal de enfermeras y parteras se limitan a las actividades iniciales de planificación de la familia . Ahora bien, cabe suponer que en los países donde la asistencia a partos incumbe a la partera o a la enfermera-partera, ésta puede asumir otras funciones clínicas si ha recibido la instrucción necesaria . Hay otros países donde la prestación de servicios a la colectividad está exclusivamente a cargo de enfermeras o parteras. En tal caso, es preciso dar a ese personal una formación teórica y práctica complementaria que lo capacite " (p. 21).		
A10.74			"Para el establecimiento de un sistema eficaz de asignación de funciones al personal de enfermería y partería en los programas de planificación de la familia [...] sería necesario: [...] 3) Aprovechar la influencia que puedan tener las parteras y darles la instrucción necesaria para que la calidad de sus servicios responda a las normas fijadas por el departamento de salud" (27).		
A11.74			"Como los servicios de planificación de la familia requieren personal de enfermería y partería abnegado, activo y debidamente capacitado para asumir las responsabilidades propias de su función, se ha procurado agrupar en esos cursos a enfermeras, parteras y personal docente de ambas especialidades, de modo que puedan cambiar impresiones, enriquecer sus conocimientos y ponerse de acuerdo sobre la manera de coordinar los servicios y las enseñanzas de enfermería, con vistas al mejoramiento de las actividades de salud y planificación de la familia" (p. 28).		
A12.74			"Las enseñanzas teóricas y prácticas deben responder a las necesidades de cada grupo y a la categoría (profesional o auxiliar) de los servicios que prestará. La enfermera o la partera profesional, [...] necesitarán, para adoptar decisiones, conocimientos teóricos más extensos que el personal auxiliar, cuya labor es de índole más práctica" (p.40).		
A13.74			"[...] enseña la experiencia que, aunque las alumnas sigan con aprovechamiento los estudios de planificación de la familia, a veces son incapaces de aplicar sus conocimientos en la práctica, por el solo motivo de que el contenido del plan de estudios es incompatible con creencias y costumbres hondamente arraigadas " (p. 47).		
A14.74			"Las probabilidades de éxito de los programas de planificación de la familia serán mayores si el personal de enfermería y partería, tanto el encargado de la formación de personal de enfermería y partería, tanto el encargado de la formación de personal sanitario como el que presta servicios, conoce bien los conceptos y métodos de las ciencias del comportamiento " (p. 47).		
A15.74			"[...] las gestaciones frecuentes provocan un estado de desnutrición en la madre e interrumpen la lactancia, lo cual tiene consecuencias adversas para la salud y la estabilidad de toda la familia. Existen métodos para limitar el número de gestaciones y reducir su frecuencia, y en la actualidad se realizan estudios para determinar cuantitativamente los efectos benéficos de su aplicación, es decir, la reducción de la mortalidad y la morbilidad de las madres y los niños de pecho o de corta edad" (p. 10).		
A16.74			"Las actividades de planificación familiar no bastan por sí solas para reducir la mortalidad y la morbilidad infantiles . Sólo pueden ser eficaces si están integradas en un sistema de servicios conducente al mejoramiento de la asistencia médica, la nutrición, la inmunización contra enfermedades de la infancia, las prácticas de puericultura, el abastecimiento de agua potable y las condiciones de saneamiento" (p. 10).		
A17.75			OMS, 1975	The traditional birth attendant in maternal and child health and family planning	"El programa de entrenamiento de la partera tradicional puede ir directamente hacia: - El fomento de las prácticas tradicionales beneficiosas - El mantenimiento de prácticas inofensivas y la aceptación que aquellos rituales y ceremonias igualmente inofensivas, aunque puedan parecer incongruentes para una persona entrenada en líneas científicas. [...] - Introducción de cambios en las prácticas tradicionales que manifiesten ser dañinas, posiblemente relacionando nuevas prácticas con algún acto con el que la partera tradicional esté familiarizada. [...] -Introducción de nuevas prácticas " (p. 38-39)
A18.75					"Las parteras tienen años de experiencia y preservan la competencia en conocimiento y herramientas en la conducción de un nacimiento; porque las restricciones y reglas de conducta aceptadas en las comunidades locales son seguidas antagonistas a las prácticas y conocimiento de la maternidad moderna " (p. 4).
A19.78	OMS, OPS y UNICEF / 1978	Declaración Alma-Ata / Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud (APS).	La APS "[...] es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables , accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación" (p. 2).		
A20.78			"Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas , auxiliares y asistentes locales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad" (p.3).		

Clasif.	Institución /año	Política pública / Documentos	Afirmaciones
A21.79	OMS / 1979	Parteras Tradicionales. Guía práctica para el adiestramiento, la evaluación y la articulación de este personal en los servicios de salud	"El problema no consiste en definir la función de la PT (partera tradicional) en el sistema moderno de prestación de atención de salud sino en determinar la función que puede desempeñar el sistema moderno para ayudar a las PTs a realizar con más seguridad las tareas que ejecutan en general basándose en los principios de la ayuda mutua y el sentido humanitario" (p. 8).
A22.79			"La preocupación no debe centrarse en la integración de la PT (partera tradicional) en el sistema moderno sino más bien en conseguir que, en la propia persona de la PT, los conceptos y las prácticas modernos y tradicionales queden tan integrados como para eliminar sólo las prácticas y los ritos tradicionales que son claramente nocivos , consiguiendo a la vez que la PT se apropie sólo de los conceptos y técnicas modernos que son absolutamente indispensables para la seguridad de las personas que ha de atender" (p. 8).
A23.79			"La decisión de adiestrar a las PTs (parteras tradicionales) y de enlazar sus servicios con el sistema organizado de atención de salud constituye un importante cambio de política en la mayoría de los países" (p. 13).
A24.79			"La legislación exige automáticamente personal que vigile estrechamente las actividades de la PT (partera tradicional) a fin de tener la seguridad de que cumple o no la ley. [...] La supervisión y la formación continuada pueden ser a largo plazo el mejor modo de garantizar la práctica inocua de la PT " (p. 36).
A25.93	OMS, FNUAP, y UNICEF / 1993	Parteras Tradicionales: declaración conjunta OMS/FNUAP/U NICEF.	"Muchas madres no tienen acceso a una asistencia sanitaria moderna . Hoy se estima que el 60-80% de los nacimientos registrados en los países en desarrollo tienen lugar fuera de los centros de asistencia médica . La mayor parte de las parturientas reciben ayuda de personas desprovistas de toda formación , mientras que algunas no cuentan ni siquiera con esa asistencia" (p. 1).
A26.93			"En muchos países se ha decidido dar un adiestramiento apropiado a las parteras tradicionales (PT), considerando que se trata de personas que gozan ya de la confianza de las madres , están directamente interesadas en la salud reproductiva de la mujer y gozan de respeto y autoridad en el seno de la comunidad . Debidamente adiestradas, las PT podrían asistir partos en condiciones higiénicas y desempeñar al mismo tiempo otras funciones sanitarias" (p. 2).
A27.93			"Las PT (parteras tradicionales) adiestradas pueden aportar una valiosa contribución a la maternidad sin riesgos , la planificación familiar, la supervivencia infantil y la salud para todos. Tanto los programas de adiestramiento como los de apoyo ulterior y supervisión deben fomentarse hasta que se haya dado formación a un personal más calificado y este esté encuadrado en un moderno servicio de salud y se encuentre aceptado por la comunidad" (p. 2).
A28.93			"Tanto los programas de adiestramiento como los de apoyo ulterior y supervisión deben fomentarse hasta que se haya dado formación a un personal más calificado y éste esté encuadrado en un moderno servicio de salud y se encuentre aceptado por la comunidad" (p. 2).
A29.93			"La presente declaración tiene por objeto aclarar las funciones actuales y las posibilidades de esta en el campo de la salud materno-infantil y la planificación familiar, identificar los problemas que plantean el adiestramiento y el ejercicio profesional de las PT y poner de relieve las ventajas y las limitaciones de los programas destinados a ese personal a fin de poder llevar a la práctica una política dinámica de asistencia sanitaria (p. 4)
A30.93			" Una PT debidamente adiestrada (durante seis meses o un año) pasa con frecuencia a formar parte del personal de atención primaria de salud, aunque puede conservar sus funciones de partera y seguir asistiendo a las parturientas de su comunidad cuando se lo soliciten" (p. 5).
A31.93			"La PT adiestrada no sustituye a la partera tradicional . Aunque una PT experimentada puede adquirir confianza y destreza en la práctica de ciertas manipulaciones, la superficialidad de su adiestramiento le impide competir con la partera profesional a la hora de emitir un dictamen , tratar la amplia gama de complicaciones asociadas al embarazo y al parto y prevenir complicaciones en la madre y el recién nacido mediante una educación sanitaria individualizada " (p. 15).
A32.93			"Los programas de PT (partera tradicional) no deben aspirar a 'modelar' la práctica de la PT inspirándose en el modelo médico. Lo que importa es que el adiestramiento de la PT ayude a estas personas a desempeñar con menos riesgo las funciones que ya tenían a su cargo previamente" (p. 17).
A33.93			"Mientras las mujeres sigan dando a luz sin recibir asistencia de parteras adiestradas, el adiestramiento de las PT ofrece la posibilidad de reducir la mortalidad y la morbilidad de las madres y los niños al combatir la ignorancia, desarraigar las prácticas rituales peligrosas y promover las seguras, y facilitar el acceso a los métodos modernos de asistencia sanitaria " (p. 17).
A34.93			"Durante cierto tiempo se prevé que el empleo de las PT tenderá a disminuir a medida que va estando más próximo el objetivo de la maternidad sin riesgo " (p. 18).

Clasif.	Institución /año	Política pública / Documentos	Afirmaciones
A35.02	OMS, 2002	Orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería.	"Las orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería proporcionan un marco basado en pruebas científicas para las medidas que han de tomar la OMS y sus asociados con la finalidad de asistir a los países con sagrados a mejorar la calidad de los servicios de enfermería y partería" (p. 4).
A36.02			"Cada uno de los elementos que fortalecerán la enfermería y partería debe basarse en las mejores pruebas científicas disponibles y requiere sensibilización, creación de capacidad, investigación y desarrollo, y vigilancia y evaluación, con miras a asegurar que los resultados de estas esferas básicas se traduzcan en medidas que tengan repercusiones en la práctica" (p. 5).
A37.08	Secretaría de Salud, 2008	Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Parteras Tradicionales	"Los servicios de salud, específicamente los hospitales, se consideran como una oportunidad para atender distintas enfermedades y específicamente las complicaciones del parto. Sin embargo, aunque parezca contradictorio, desde la percepción y cosmovisión indígena, la misma clínica u hospital, en muchas ocasiones se puede percibir como un lugar con riesgos importantes a la salud" (p. 5).
A38.08			"Nueve de cada diez eventos reproductivos se desarrollan normalmente. Nueve de cada diez mujeres embarazadas puede recurrir a una partera y recibir atención adecuada si es que la partera conoce los procedimientos adecuados y condiciones de higiene . Sin embargo, de acuerdo a la estadística, una de cada diez embarazadas puede tener complicaciones. Para evitar que la complicación se convierta en muerte se requiere que embarazadas, familiares y parteras detecten oportunamente el riesgo ; y también que la madre sea aceptada sin pérdida(sic) de tiempo en instituciones de salud que cuenten con el personal y los recursos adecuados" (p. 11).
A39.09	OMS, 2009.	The Global standards for the initial education of professional nurses and midwives.	"Trabajar globalmente hacia la educación de nivel universitario para enfermeras y parteras profesionales requerirá estrategias específicas de cada país que tengan en cuenta factores nacionales y/o regionales, como diferentes puntos de entrada para la educación, creencias y normas culturales, aprendizaje previo, experiencia y opciones de progresión " (p. 11).
A40.09			"Los estándares globales para la educación inicial brindan una oportunidad para que los países inviertan en el desarrollo de la capacidad requerida para elevar el nivel de educación de los programas existentes de enfermería y partería al nivel universitario, promoviendo así el aprendizaje continuo (ver Glosario) y asegurando un avance profesional acorde con las tendencias educativas mundiales " (p. 11).
A41.09			"Los estándares globales para la educación inicial de enfermeras y parteras profesionales están destinados a servir como un punto de referencia para hacer avanzar los sistemas de educación y aprendizaje para producir un resultado común basado en competencias en una era de creciente globalización " (p. 12).
A42.10	OPS, 2010.	Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales.	" La atención del parto se ha modificado , pasando del empirismo al profesionalismo . Los registros señalan que la atención profesional del parto sufrió modificaciones en la primera mitad del siglo pasado. Es así como en el año 1925, el 12% de atención del parto era dado por matrona; un 75% por partera tradicional y un 5% por médico. El año 1955 se aumentaron a un 37% los partos atendidos por matronas y descendieron a un 12 % los atendidos por parteras tradicionales; un 43% estuvo a cargo de auxiliares de enfermería y 9% por médicos. En el año 1960, el 60% de los partos ocurrían en hospital o clínica y la mortalidad materna se encontraba en 299 por 100.000 nacidos vivos. Actualmente (2007) se encuentra en 18,2 por 100.000, con una cobertura del 99.8% de partos institucionalizados y, de estos, el 70% es atendido por una matrona. Lo anterior de algún modo ha influido en el descenso de la mortalidad infantil desde 333 en 1900 a 8,3 por 1.000 recién nacidos vivos en 2007" (p. 38).
A43.10			"La mortalidad materna es un síntoma del descuido fundamental de la salud y el bienestar de la mujer. Las defunciones durante el embarazo y el parto son casi totalmente prevenibles con las aptitudes y tecnologías existentes; sin embargo, no existe el acceso universal a los servicios que proporcionarían atención de salud materna apropiada e intervenciones obstétricas seguras. Toda mujer debe tener acceso a atención prenatal, de parto y de posparto de gran calidad en el contexto de la atención primaria de salud, incluido el acceso a servicios de referencia para las complicaciones obstétricas' (OMS, 1995)." (p. 37).
A44.10			"Al examinar cualquier legislación para la maternidad segura o para el ejercicio de la partería, es esencial definir su finalidad o intención. En teoría, la finalidad aquí está clara: producir una reducción significativa y sostenida de la mortalidad y la morbilidad maternas e infantiles. Para hacerlo, los proveedores de asistencia sanitaria, específicamente las parteras profesionales, necesitan un marco legal y normativo claro que les permita practicar las intervenciones esenciales que salvan vidas y promueven la salud . Entre estas se incluyen aptitudes salvadoras de vidas, así como toda la gama de competencias que caben dentro del alcance del ejercicio de la partera profesional (véase Competencias para el ejercicio de la partería). Estas competencias son necesarias para que ella pueda prestar asistencia de alta calidad a las mujeres en edad de procrear y sus recién nacidos" (p. 40).
A45.10	UNFPA, 2011	El estado de las parteras en el mundo 2011	"Estar "cualificado" es solamente un aspecto de una realidad más compleja. Las pruebas objetivas recogidas recientemente y las que están surgiendo indican que con frecuencia hay una diferencia sustancial entre la cantidad de agentes de salud designados como personal cualificado de atención del parto y la cantidad de quienes realmente poseen competencias de partería que satisfacen los estándares basados en pruebas objetiva" (p. 4).

Clasif.	Institución /año	Política pública / Documentos	Afirmaciones
A46.14	OMS; OPS; UNFPA; Confederación Internacional de Matronas 2014	El estado de las parteras en el mundo 2014: Oportunidades y retos para México.	"Calidad: Es parte del derecho a la salud y "requiere que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista médico, científico y de buena calidad" (Sow My, 2014, citado en p. 6).
A47.14			"Para mejorar la calidad de la atención en México se requiere: Abrir un mayor número de escuelas públicas de partería profesional y generar las condiciones para el desarrollo de campos clínicos suficientes por parte de sus egresadas, de tal manera que se garantice el desarrollo de todas las competencias y habilidades necesarias para brindar una atención de calidad" (p. 7).
A48.14			"Metas de partería 2030: [...] 6. La atención de partería se ofrece en colaboración con profesionales de salud y promotores de salud. [...] 8. El personal de partería, en las comunidades, establecimientos y hospitales, está sustentado por educación de calidad, reglamentación y gestión efectiva de recursos" (p. 11).
A49.14			"Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Salud (ODS3), cuyo objetivo es reducir la tasa mundial de mortalidad materna (TMM) a menos de 70 muertes por cada 100.000 nacidos vivos para 2030, es esencial aumentar las inversiones en parteras y la calidad de la atención de partería. Las parteras constituyen "la fuerza laboral de la salud" que es esencial para la prestación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de salud materna" (p. 2).
A50.16	Secretaría de Salud, 1984 (art. reformado en 2016).	Ley General de Salud, Art. 64. Fracción IV.	"En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio".
A51.17	Fundación MacArthur, 2017.	Iniciativa de la fundación MacArthur para promover la partería en México informe de resultados de la línea de base	"[...] la Fundación considera que confiar en parteras profesionales altamente calificadas conducirá a una atención materna y neonatal de mayor calidad, más centrada en la mujer y de menor costo, contribuyendo así a una disminución sostenida de la mortalidad y morbilidad materna en México. Para que esto suceda, las parteras necesitan integrarse con éxito en los servicios de salud, utilizar prácticas obstétricas basadas en la evidencia científica y seguir de cerca los marcos normativos de la atención prenatal, del puerperio y del recién nacido" (p. 27)
A52.18	ONU, UNICEF, 2018.	Declaración de Astaná	"Utilizaremos los conocimientos, tanto científicos como tradicionales, para fortalecer la atención primaria de la salud, mejorar los resultados de salud y garantizar el acceso de todas las personas a la atención adecuada en el momento oportuno y en el nivel de atención más apropiado, respetando sus derechos, necesidades, dignidad y autonomía" (p. 8).
A53.18			"Recursos humanos para la salud. [...] Seguiremos invirtiendo en la educación, la formación, la contratación, el desarrollo, la motivación y la retención del personal de la atención primaria de la salud, velando por que tenga una combinación adecuada de competencias" (p. 8).
A54.18 .B	UNFPA, 2018.	Estrategia del Programa de Partería 2018-2030	"Las parteras son las principales cuidadoras de las mujeres y de sus recién nacidos a lo largo de todo el proceso de atención, desde antes del embarazo hasta el posparto. En términos más generales, una partera competente puede proporcionar servicios integrales de salud sexual y reproductiva, promoción de la salud e información sobre derechos a lo largo de los años reproductivos de los adolescentes y las mujeres, así como en la primera infancia" (p. 6).
A55.18 .B			"Según el informe sobre el Estado Mundial de la Partería en 2014, las parteras, cuando son competentes y cuentan con el apoyo de un sistema de salud funcional, pueden ayudar a evitar más de dos tercios de las muertes y discapacidades maternas y neonatales. Además, las parteras pueden prestar el 87% de todos los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal" (p. 6).
A56.18 .B			"Fortalecer la educación de partería para obtener parteras plenamente capacitadas, asegurando la alineación del plan de estudios con los estándares Mundiales de la CIM y la acreditación de las escuelas; mejorar las competencias de los educadores de acuerdo con los estándares internacionales; proporcionar capacitación de calidad en el servicio; fortalecer los programas de tutoría y promover las opciones de progresión profesional a través de la educación continua" (p. 9).
A57.19	OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial, DPNU, 2019.	Resumen de orientación. Tendencias en la mortalidad materna. De 2000 a 2017.	"La salud y la supervivencia de la madre sigue siendo una necesidad urgente a la que debe prestarse la máxima atención en el marco de los objetivos de salud y desarrollo mundiales; existe una relación de interdependencia entre el estado de la salud de la madre y las medidas por mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria, siendo el primero un reflejo de las segundas" (p. 5).
A58.19			"Al estudiar las posibles medidas para mejorar la prestación de atención calificada y competente a más mujeres, antes, durante y después del parto, también debe tenerse en cuenta una serie de factores externos, como, por ejemplo, el cambio climático, las migraciones y las crisis humanitarias" (p. 5).

Clasif.	Institución /año	Política pública / Documentos	Afirmaciones
A60.19 .B	OMS, 2019	Mortalidad Materna	"[...] las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud".
A61.19 .B			"La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. La salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas. Alrededor de 2,7 millones de recién nacidos murieron en 2015, y otros 2,6 millones nacieron muertos. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte"
A62.19 .B			"Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son: la pobreza; la distancia; la falta de información; la inexistencia de servicios adecuados; las prácticas culturales . Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario".
A63.20	Dr. José Velez, Director de Hospital	Entrevista	"La práctica de la partería ya no se practica, ni hay parteras dentro del hospital porque es riesgosa. No tienen conocimientos científicos y ponen en riesgos a las mujeres y a los bebés cuando el parto es bajo sus tradiciones"
A64.20	General de Cuetzalan, 2020.		"Las parteras entorpecen el trabajo del médico que atiende el parto, porque el espacio es reducido, entonces, mejor ya no entran [al quirófano o área en donde realizan los partos]".
	Secretaría de Salud	Guía para la Autorización de las Parteras Tradicionales Como Personal de Salud No Profesional	"Actualmente las parteras tradicionales mesoamericanas continúan ejerciendo una serie de prácticas y conocimientos heredados de sus antepasados y de los métodos de relación con la naturaleza, que ahora se han logrado sistematizar y entender de manera general, gracias a la metodología de Encuentros de Mutuo Enriquecimiento que se diseñó y operó a partir de 2004, entre el personal de salud de un hospital o región y las parteras tradicionales de esa zona" (p. 3).

Bibliografía

- Aguirre Beltrán, Gonzalo. *El proceso de aculturación*. UNAM, México, 1957.
- ----- . *Obra polémica*. SEP, INAH. México, 1976. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <http://library.lol/main/5E89546D67D86CEB200E9CB81E88C5E1>
- ----- . *Programas de salud en la situación intercultural*. Obra antropológica V. Primera edición en FCE, México, 1994 (1955).
- Atkin, Lucille C.; Keith-Brown, Kimberli; Rees, Martha, et. al. *Iniciativa de la Fundación Macarthur para promover la partería en México*. Informe de resultados de la línea base. Fundación MacArthur. México. 2017 [En línea] [agosto-2020] Disponible en la web: https://www.macfound.org/media/files/Linea_de_Base_Parteria_Junio_2017.pdf
- ----- . *La partería en México*. Fundación MacArthur. México. 2016. [En línea] [agosto-2020] Disponible en la web: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Parteria_en_Mexico.pdf P. 15
- Carrillo Farga, Ana María. *Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México*. Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam, 1999, Vol. 19, p. 167-190 [en línea] [agosto-2021] Disponible en la web: <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/106147>
- CENIDSP. *La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>
- *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Diario Oficial de la Nación. México. 5 de febrero de 1917. [En línea] [junio-2020] Disponible en la web: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf
- *Comité de Expertos para la Formación Profesional de las Parteras*. Primer Informe. Serie de Informes Técnicos. No. 93. OMS. Ginebra, 1955. P. 10 [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38461/WHO_TRS_93_spa.pdf
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. *¿Sabes en que consiste la #Violencia obstétrica?* México. Marzo, 2016. [en línea]

- [enero-2020] Disponible en la web: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sabes-en-que-consiste-la-violencia-obstetrica?idiom=es>
- Confederación Internacional de Matronas (CIM). *Competencias esenciales para la práctica de la partería*. Edición 2019. [en línea] [enero-2021]. Disponible en la web: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/icm-competencias-es-screens---28-oct-2019.pdf>
 - *Declaración Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, OMS, OPS, UNICEF, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. [en línea] [noviembre-2020] Disponible en la web: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
 - *Declaración de Astaná*. OMS, UNICEF. 2018. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
 - Elbio Suárez, *El enfoque de riesgo en la atención perinatal y maternoinfantil*, OPS, División de Servicios Integradas de Salud. Washington, D.C., EUA, 1982.
 - *El Estado de las Parteras en el Mundo 2011*. UNFPA. P. 5. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_SoWMy_Full_1.pdf
 - *El estado de las parteras en el mundo 2014: oportunidades y retos para México*. OMS; OPS; UNFPA; Confederación Internacional de Matronas. 2014. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Las_parteras_del_mundo.pdf
 - *Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Parteras Tradicionales*. Secretaría de Salud, México. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29576/MetodologiaEEM.pdf>
 - Entrevista realizada por Torres Campoy, Silvana. Entrevistado Dr. José Velez, Director de Hospital General de Cuetzalan. Realizada en Cuetzalan, Puebla, en enero de 2020.
 - -----. Entrevistada Doña Carmen, Partera de Médicos Tradicionales Talkampa. en Cuetzalan, Puebla, enero de 2020.
 - *Estrategia Mundial de Partería 2018-2030*. UNFPA. P. 2. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://lac.unfpa.org/es/publications/unfpa-estrategia-mundial-de-parter%C3%ADa-2018-2030#:~:text=La%20Estrategia%20del%20Programa%20Mundial,Salud%20Materna%20entre%202008%2D2016>.
 - Feyerabend, Paul. *Contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Ariel, Barcelona, 1974.

- -----, “Problemas del empirismo” (1983), en Olivé, León; Pérez Ransanz, Ana Rosa. *Filosofía de la ciencia: teoría y observación*. UNAM, 1989.
- ----- . *Tratado contra el método*. Tecnos.
- Freyermuth, Graciela, *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*. Observatorio de mortalidad materna en México, CIESAS. México, 2015. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: <https://parteria-omm-ciesas.org/investigaciones>
- Gómez Barojas, Arelia; Carrasco Gómez, Mónica. “La partería en Puebla durante el periodo 2009-2016. Percepción de las usuarias”, Resumen ejecutivo. En Freyermuth, Graciela, *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*. Observatorio de mortalidad materna en México, CIESAS. México, 2015. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/RE_PUE.pdf
- Gómez Torres D.; García Reza, C.; López Ocampo, C., (2011) en *Guía para la Autorización de las Parteras Tradicionales Como Personal de Salud No Profesional*. Secretaría de Salud. México. P. 2. [en línea] [agosto-2020] Disponible en la web: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>
- González Pérez, Luis Raúl. *Recomendación no. 81/2018. Sobre el caso de violación al derecho a la protección de la salud e interés superior de la niñez, por inadecuada atención médica en agravio de v, en el Hospital General de Cuetzalan, de la Secretaría de Salud de Puebla*. CNDH. Puebla, México. 21 de diciembre de 2018. P. 25. [En línea] [junio-2020] Disponible en la web: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2018/Rec_2018_081.pdf
- Hempel, Carl. *La explicación científica*. Paidós. Barcelona, 1988
- *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales*. 2 ed. OPS; CLAP; SMR. Montevideo. 2010. [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49344>
- *IMSS-Bienestar trabaja con parteras rurales en beneficio de las mamás y sus bebés*. IMSS. México. Septiembre, 2019. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201909/395>
- *Informe Especial. Seminario sobre Riesgo Reproductivo*. Asociación de Anticoncepción Quirúrgica; OPS/OMS: Egipto. 1991. P. 292. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16274>
- *Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica*. Secretaría de Salud; Dirección General de Epidemiología (DGE). México. 2019. [en línea] [noviembre-2020]

Disponible en la web:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/432539/MM_2019_SE03.pdf

- *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana.* Ginebra, OMS, 2002. P. 33. [en línea] [mayo-2021] Disponible en la web: <https://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>
- Jiménez Silva, Ángel. *Medicina tradicional.* CONAMED; Secretaría de Salud; OMS; OPS. México. 2017. P. 2. [en línea] [agosto-2020] Disponible en la web: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin13/medicina_tradicional.pdf
- Kellert, Stephen H.; Longino, Helen E.; Waters, C. Kenneth. *Pluralismo científico.* “Introducción a la postura pluralista”. Estudios de Minnesota en la Filosofía de la Ciencia. Volumen XIX. Universidad de Minnesota. Londres. 2006.
- Khalikova, Venera. *Medical pluralism.* Cambridge Encyclopedia of Anthropology. Junio, 2021. [en línea] [junio-2021] Disponible en la web: <https://www.anthroencyclopedia.com/entry/medical-pluralism>
- Kitcher, Philip. *El avance de la ciencia. Ciencia sin leyenda, objetividad sin ilusiones.* Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM. México, 2001.
- ----- . “Explanatory Unification and the Causal Structure of the World”, en *Scientific Explanation.* Minneapolis: University of Minnesota Press. 1989.
- *La Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica y en su Defensa como un Derecho Cultural.* CNDH. México. 2019.
- *Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías de la Ciudad de México.* Artículo 12°. Ciudad de México. 08 de febrero de 2019. P.8. [En línea] [noviembre-2020]. Disponible en la web: [http://www.paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/2019/LEY_CONST_DERECHOS_HUMANOS_CDMX_08_02_2019\(1\).pdf](http://www.paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/2019/LEY_CONST_DERECHOS_HUMANOS_CDMX_08_02_2019(1).pdf)
- *Ley General de Salud.* Artículo 64. IV. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. México. 7 de febrero de 1984. P. 24. [En línea] [octubre-2020] Disponible en la web: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf
- López Beltrán, Carlos; Velasco Gómez, Ambrosio. (Coords) *Aproximaciones a una filosofía política de la ciencia.* UNAM, México. 2013.
- Longino, Helen. “Toward an Epistemology for Biological Pluralism”, en Creath, Richard; Maienschein, Jane. *Biology and Epistemology.* Cambridge University Press.
- *Medicina tradicional indígena.* CDI. México. P. 1. [en línea] [agosto-2020] Disponible en la web: http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina_tradicional_indigena.pdf
- *Método de atención sanitaria de la madre y el niño basado en el concepto de riesgo.* OMS. Ginebra, 1978. [en línea] [20-marzo-2021] Disponible en la web:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41682/9243700391-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- *México Indígena. INI. 30 años después. Revisión Crítica.* Instituto Nacional Indigenista. México. Diciembre, 1978.
- Miranda C., Marcelo; Navarrete T., Luz. *Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas.* Revista chilena de infectología, Chile. 2008. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000100011
- Momtaz, Djamchid. *Proclamación de Teherán.* Naciones Unidas. 13 de mayo de 1968. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/proclamation%20sp.pdf>
- Nagel, Ernest. *La estructura de la ciencia.* Paidós, Barcelona, 2006
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.* CNDH. México, 2016. [en línea] [agosto-2020] Disponible en la web: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA22016%20Embarazo%2C%20parto%20y%20puerperio.pdf>
- *Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas.* Naciones Unidas México. [en línea] [julio-2021] Disponible en la web: <https://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>
- *Objetivos de Desarrollo Sostenible. “3. Salud y Bienestar”.* ONU, 2015. en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- *Observación general N° 21. Derecho de toda persona a participar en la vida cultural (artículo 15, párrafo 1 a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.* Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Ginebra, 2 a 20 de noviembre de 2009. P. 1. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://www.refworld.org/es/publisher,CESCR,GENERAL,,4ed35beb2,0.html>
- OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial, DPNU. *Tendencias en la mortalidad materna. De 2000 a 2017.* 2019. P. 5. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241516488>
- Olivé, León. *Ciencia, Tecnología y Democracia: Reflexiones en torno a la Apropiación Social del Conocimiento.* Memorias del Foro-Taller de Apropiación Social de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. Colciencias; Universidad EAFIT. Medellín. 2011.
- ------. *El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y de la tecnología.* Cap. 1: “¿Qué es la ciencia?”. Paidós; UNAM. México. 2000.

- -----; Pérez Ransanz, Ana Rosa. *Filosofía de la ciencia: teoría y observación*. UNAM, 1989.
- *Parteras Tradicionales: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF*. OMS, Ginebra, 1993. P. 2. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38859>
- *Parteras Tradicionales. Guía práctica para el adiestramiento, la evaluación y la articulación de este personal en los servicios de salud*. OMS, Ginebra, 1979, P. 8. [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41678>
- *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*. OMS. Ginebra. 2002. P. 1. [En línea] [agosto-2020] Disponible en la web: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67719/WHO_EDM_TRM_2000.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Peirce, Charles. *La ciencia de la semiótica*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina. [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2015/08/PEIRCE-CH.-S.-La-Ciencia-de-La-Semi%C3%B3tica.pdf>
- ----- . *Obra filosófica reunida. Tomo I (1867-1893)*. FCE. México. 2012.
- ----- . *Obra filosófica reunida. Tomo II (1893-1913)*, FCE, México. 2012.
- Peralta de la Peña, Ana Patricia; Contreras Castillo, Armando; Escobar y Vega, Arturo; et. al. *Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforman y adicionan los artículos 61, 64, 64 Bis y 65 de la Ley General de Salud*. Senado de la República. México. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/2/2020-05-27-1/assets/documentos/Inic_PVEM_Dips_Escobar_Peralta_Contreras_61_64_64_bis_y_65_de_la_ley_general_de_salud.pdf
- Pérez Cabrera, Iñiga; Castañeda Godínez, Cristina. *Antecedentes históricos de las parteras en México. Enfermería. Avanza*. México. 2012. P. 2. [en línea] [mayo-2020] Disponible en la web: http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_antecedent_historic_parter_mexico.pdf
- *Prestación de Servicios de Salud en Zonas con Pueblos Indígenas. Recomendaciones para el Desarrollo de un Sistema de Licenciamiento y Acreditación de Servicios Interculturales de Salud en el marco de la Renovación de la Atención Primaria de la Salud*. OPS/OMS. 2009. Quito. P. 23 [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>

- *Planificación familiar, salud reproductiva y población*. OMS. Washington, D.C., 17 de Marzo de 1993. [en línea] [marzo-2021] Disponible en la web: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18944>
- Renn, Ortwin. "Risk communication and the social amplification of risk", en R.E. Kasperson and P.I .M. Stallen (eds.), *Communicating Risk to the Public*. Kluwer Academic Publishers. Netherlands. 1991.
- Saldaña, Vianey; Salas, Liliana; Maciel, Nadia; *et. al.* "Resultados de Guerrero: la partería en México desde el punto de vista de las usuarias", Resumen ejecutivo. En Freyermuth, Graciela, *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*. Observatorio de mortalidad materna en México, CIESAS. México, 2015. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/RE_GUE.pdf
- *Salud Materna*. OMS. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=341:salud-materna&Itemid=387
- *Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales*. OPS/OMS. Washington, D.C. Septiembre, 1982. [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/39468>
- Secretaría de Salud. *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*. Gobierno de México. México. P. 4 [en línea] [abril-2020] Disponible en la web: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>
- *Sentar las bases de la salud sexual y reproductiva. Una historia de logros*. PNUD; UNFPA; OMS; Banco Mundial. Suiza, 2009. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70768/WHO_RHR_HRP_08.13_spa.pdf?sequence=1
- Serrano Combarro, Ángel. *Métodos de evaluación y promoción de la adecuación del correcto lavado de manos en el área de hospitalización del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. Facultad de Medicina Universidad de Cantabria. Santander, junio de 2018. P. 13 [en línea] [enero-2020] Disponible en la web: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14333/Serrano%20Combarro%20Angel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tejada, David. *La historia de la Conferencia de AlmaAta*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Perú, 2018. [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300008

- *The Global standards for the initial education of professional nurses and midwives*. OMS, Ginebra. 2009. P. 10. [en línea] [enero-2021] Disponible en la web:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44100/WHO_HRH_HP_N_08.6_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Turnbull, Lily M.; Pizurki, Helena. *La planificación de la familia en los estudios de formación de enfermeras y parteras*. OMS. Ginebra, 1974. P. 9. [en línea] [20-marzo-2021] Disponible en la web:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41604/WHO_PHP_53_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- -----; Verderese, Ma. De Lourdes. *The Traditional Birth Attendant in Maternal and Child Health and Family Planning*. OMS. Genova. 1975. [en línea] [diciembre-2020] Disponible en la web:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37515>
- *Una de cada cuatro mexicanas sufre violencia obstétrica en instituciones de salud*. Boletín UNAM-DGCS-423. México, Ciudad Universitaria, 22 de junio de 2016. [en línea] [enero-2020] Disponible en la web:
https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016_423.html
- Warman, Arturo; Bonfil Batalla, Guillermo; Nolasco, Margarita, et. al. *De eso que llaman antropología mexicana*, Editorial Nuestro Tiempo, México, 1970.
- Wesley, Salmon. *Four Decades of Scientific Explanation*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1989.
- Zolla, Carlos; Zolla, Emiliano. *Los pueblos indígenas de México. 100 preguntas*. Programa Universitario México Nación Multicultural, UNAM