

## **El Apoyo de las Políticas Públicas en la Interculturalidad de la Salud, Caso Parto Humanizado**

María Concepción Placencia Valadez<sup>3</sup>

José Alberto Cárdenas de la Fuente<sup>4</sup>

Rodrigo Cárdenas de la Fuente<sup>5</sup>

### **Resumen**

Para entender la interculturalidad es importante remontarnos hasta el colonialismo, política llevada a cabo por algunas naciones en contra de otros pueblos y/o culturas con el fin de someter, dominar, despojar, sustraer sus bienes naturales, culturales, materiales y simbólicos. Esta colonización se llevó a cabo con el llamado “Descubrimiento de América”, las consecuencias fueron la pérdida de la identidad cultural, que hasta la fecha permea en todos los ámbitos de la población marcando un continuo histórico que siguen en nuestro presente como los saberes milenarios entre los cuales se encuentra lo referente a salud – enfermedad. En México el Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán (1908-1996) es quien introduce el término de interculturalidad, al señalarla como un proceso de diversas estrategias para integrar a los indígenas a un sistema médico de manera respetuosa y sin discriminación. Los avances tecnológicos, nuevos descubrimientos, la formación de las universidades de profesionistas en medicina y enfermería han desplazado los conocimientos empíricos transmitidos de generación en generación desestimando la cultura tradicional, satanizando la medicina alternativa o descalificando otros sistemas de salud, lo que en muchas ocasiones hace que las personas usuarias abandonen los tratamientos, esta tecnificación de los servicios también ha

---

<sup>3</sup> [cplacencia@docentes.uat.edu.mx](mailto:cplacencia@docentes.uat.edu.mx); Facultad de Derecho y Ciencias Sociales Victoria, Universidad Autónoma de Tamaulipas.

<sup>4</sup> [jacardenas@docentes.uat.edu.mx](mailto:jacardenas@docentes.uat.edu.mx); Facultad de Derecho y Ciencias Sociales Victoria, Universidad Autónoma de Tamaulipas.

<sup>5</sup> [rocardenas@docentes.uat.edu.mx](mailto:rocardenas@docentes.uat.edu.mx); Facultad de Derecho y Ciencias Sociales Victoria, Universidad Autónoma de Tamaulipas.

llevado a la deshumanización del personal de salud transgrediendo los derechos humanos de la población que se atiende y que en su mayoría son los más desprotegidos económicamente, por lo que es necesario rescatar y fortalecer los conocimientos empíricos que por muchos años ha usado la población y que en cierta forma les ha sido útil, así como rescatar el patrimonio de la partería que se está perdiendo y que es un conocimiento valioso sobre todo para eliminar la violencia contra las mujeres en esta etapa de la vida donde atraviesan por un estado de mayor vulnerabilidad.

**Palabras clave:** *Interculturalidad, Derechos Humanos, Parto Humanizado.*

## Introducción

En el desarrollo de la humanidad y en la búsqueda de lograr mejores condiciones de vida se han generado diversas interpretaciones sobre la tarea en cuestiones de salud, el contexto histórico, político-social y demográfico comprometió a los diferentes Estados en la procuración de la salud de su población a través de la organización de actividades y servicios relacionados, orientándolas hacia la estructuración de sistemas de atención de la salud (Almaguer González, et al, 2012:11). Por ello el presente trabajo presenta un análisis de como las políticas públicas intervienen en el concepto de interculturalidad en la salud y cuál es el nexo que existe con los temas de violencia contra la mujer.

Para entender los cambios de paradigma en la atención de la salud, es importante conocer la definición de la misma. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en una de sus definiciones señala que: «Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (1949). La concepción de este término tiene múltiples factores que la ayudan a definir, dentro del contexto cultural el bienestar subjetivo se construye con aspectos como la desigualdad, el estrés o la desadaptación de la persona frente a la sociedad.

En la salud intervienen el ambiente, la cultura, la sociedad, las emociones, por lo que el enfoque Intercultural debe promover trato igualitario entre los diferentes grupos culturales y tener implícita la capacidad de los profesionales de tal manera que se debe compaginar el conocimiento con las creencias y la practicas tradicionales al momento de enfrentar una enfermedad. Para poder entender estos tópicos es importante conceptualizarlos.

Comboni Salinas y Juárez Núñez (2013) menciona que el reconocimiento de la pluralidad cultural ha sido abordado en todos los ámbitos de la sociedad (impartición de justicia, salud, instituciones públicas, educación, etc.). Desde el abordaje mismo de este fenómeno, se han expresado las diferencias en las formas de pensamiento, cosmovisiones y paradigmas sustentados y expresados en los intereses de los diferentes sujetos y posiciones que plantean la problemática. Por lo anterior, el concepto de Interculturalidad no es unívoco ni unidireccional, por el contrario, expresa situaciones y posiciones distintas frente a las posibilidades de su construcción, desarrollo y resultados.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2023), dan promoción al enfoque de la interculturalidad a través de los servicios de la salud en las regiones, asegurando que en la región sean atendidos los grupos étnicos y raciales puedan acceder a los cuidados que necesiten, y que integre el conocimiento y las prácticas tradicionales para mejorar la salud de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y étnicas/raciales. La incorporación de este término en la salud es el resultado de la influencia decisiva de un conjunto de factores externos, de índole política y social que han iniciado su actuación desde el término de la Segunda Guerra Mundial y continúan actuando en esta época postmoderna.

Salaverry (2010) menciona que la interculturalidad al adquirir vigencia contemporánea una de sus exigencias es que se incorpore en la salud, exigencia externa que presiona a los sistemas de salud y por políticas gubernamentales se impone paulatinamente, sin embargo, al no ser originaria de la medicina ni un desarrollo de su derrotero biomédico, encuentra muy diversos caminos y rutas de aplicación que explican el desconcierto que puede causar en el practicante de las ciencias de la salud, que formado en una disciplina con aspiraciones de científicidad, de pronto se encuentra enfrentado a una realidad para la cual no se encuentra preparado, y es más, para la cual su formación le prepara en sentido contrario. En este caso el desarrollo de un estado de bienestar que como ideal se buscaba y en parte se había conseguido en los países desarrollados se vio de pronto asediado por nuevas tensiones derivadas de una composición étnica que ponía a prueba los límites de su enfoque basado en los derechos de sus ciudadanos.

Los programas de salud de nuestro país tienen el compromiso de impulsar un enfoque intercultural y dar apertura a otros sistemas médicos, que la medicina occidental ha ido desplazando, así como el reconocimiento de la medicina tradicional, la partería y respeto a los derechos humanos.

El Dr. José Luis González de Rivera (2019) médico psiquiatra en su libro de Maltrato Psicológico señala:

La epidemiología como concepto se ha definido durante muchos años como una ciencia dedicada únicamente a estudiar la naturaleza y la transmisibilidad de las

enfermedades principalmente infecciosas dentro de los grupos humanos. En base a esto, el concepto de causalidad multifactorial de la patología humana ha sido plenamente asumido por el pensamiento epidemiológico, que entiende la salud y la enfermedad como dos resultados extremos de la compleja interacción del individuo en su entramado físico y psicosocial (p.22)

No solo en las zonas con mayor concentración de población indígena, si no en un contexto general revisando las formas como se atiende a los y las usuarias de los servicios y reconocer que las atenciones primarias a la salud se dan en contextos culturales diferenciados que están en constante interacción, quedando de manifiesto en las múltiples quejas del trato que se les da en los servicios de salud por considerarlos ignorantes al mostrar sus símbolos de protección, que la medicina occidental ha ido devaluando, tratando de eliminar los conocimientos ancestrales que se han transmitido de generación en generación.

## Antecedentes

La creación de la Secretaría de Salud (2023) hace 80 años, se perfiló el tener una institución con líneas de acción en el bienestar y la salud pública, factores que siempre han sido una preocupación del Estado, en la Constitución de 1917 se sientan las bases del Sistema Jurídico Mexicano de Salud.

En la Constitución Política (1917) de nuestro país se plasman los derechos fundamentales de los mexicanos, la forma de organización del Estado, y se establecen las garantías individuales de igualdad, libertad, propiedad, seguridad jurídica, así como las de carácter social, particularmente referidas a los grupos de población marginada, el 3 de febrero de 1983 se hizo la adición de un penúltimo párrafo al artículo 4o. de la Constitución, la adición quedó de la siguiente manera:

Artículo 4o. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta

Constitución. Con esto se eleva a rango constitucional el derecho a toda persona a la protección de la salud (p.9).

Con la promulgación de la Ley General de Salud (1984), por primera vez en la historia legislativa de México, la asistencia social es considerada como materia de salubridad general, rompiendo con modelos tradicionales de asistencia, ayuda o socorro, y convirtiéndola además en un programa permanente de gobierno. La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud, establece las bases y modalidades para servicios, y la competencia federal y estatal en materia de salubridad. Conforme al artículo 2o. de la Ley, las finalidades del derecho a la protección de la salud son las siguientes:

- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- La protección y el acrecentamiento de valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- La extensión de actitudes solidarias y responsabilidades de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y reestructuración de salud.
- El disfrute de servicios de la salud y de asistencia social que satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud (p.1).

En estos puntos se pondera la atención de la salud - enfermedad del bienestar del ser humano en su conjunto, las actividades están dirigidas a la promoción, prevención la atención y la rehabilitación, con los avances de la ciencia y la atención basada en evidencias se modifica la forma de atender a las personas en una forma holística, respetando su cosmovisión, y dando apertura a otros sistemas médicos (Fernandes et al, 2009). Los procesos de comunicación, modificados por la globalización y que en diversas partes del mundo iniciaron movimientos de poblaciones indígenas reclamando sus derechos ya que por

muchos años habían sido relegados del contexto trasgrediendo sus derechos humanos, la necesidad de atender estos reclamos se presentan retos de crear nuevos modelos de atención a la salud y el reconocimiento de la diversidad cultural de nuestro país.

En el 2002 la Secretaría de Salud crea la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, (Almaguer et al, 2012) con la finalidad de ir comprendiendo el tema de la interculturalidad en salud, que dicho sea de paso la interculturalidad tiene que ser introducida en todos los campos del ser humano, revisaremos los conceptos de multiculturalidad y pluriculturalidad algunos autores la consideran un sinónimo, lo cierto es que ninguna cultura es homogénea y México es un país multi y pluricultural por estar conformado por muchos grupos étnicos, mejor conocidos como pueblos indígenas, originarios de una tierra, con costumbres, lenguas y culturas propias. Así mismo la población que no es considerada indígena, tiene sus propios estereotipos que aportan a la cultura en México, a través de sus actividades, costumbres, tradiciones y forma de ser, de pensar y de ver la vida, esta población puede encontrarse en zonas rurales, semiurbanas (entre rurales y urbanas) y urbanas (Doré,2008).

Si bien la multiculturalidad es la existencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico y social. Sin embargo, estas culturas cohabitan, pero influyen poco las unas sobre las otras sin llegar a dominar a las demás. Algunas sociedades suelen ser hegemónica y establecen jerarquías legales y sociales que colocan a los otros grupos en inferioridad de condiciones, lo que lleva al conflicto, al menosprecio, a la creación de estereotipos y prejuicios dificultando la convivencia social, siempre en detrimento de los grupos más débiles.

En esta convivencia aparecen estos conceptos:

- Diversidad que está formada por lo biológico, psicológico y la sociocultural
- Diferencia tiene que ver con la raza según su origen geográfico, grupo o población las cuales no percibimos las diferencias por separado y de esta diferencia se salta fácilmente a la desigualdad.

- Desigualdad: se forman con nuestro aprendizaje según la pertinencia cultural y tenemos prejuicios esos juicios previos que por lo general son negativos y los cuales nos llevan a una discriminación.
- Discriminación, que no es otra cosa más que un trato diferente y perjudicial a otra persona o a un grupo de personas por motivos de su raza, por su sexo, por su edad, ideales políticos, nivel económico, escolaridad, religión, etc. etc.

Las personas nacemos en un contexto cultural e histórico determinado durante las primeras etapas de nuestra vida aprendemos a través de la socialización basado en aprendizaje vivencial que se lleva a cabo por la familia, la escuela grupos de iguales y principalmente los medios de comunicación con la interacción se establecen las relaciones donde el discurso intercultural con la frase “todos iguales, todos diferentes” en un marco de tolerancia y no discriminación.

Es así como la interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. En las relaciones interculturales se establece una comunicación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; sin embargo, no es un proceso exento de conflictos, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia (Hasen Narváez, 2012).

De acuerdo con Miquel Rodrigo Alsina (1999), la Interculturalidad, es el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

Existen cuatro principios básicos:

1. Reconocimiento de la diversidad cultural

2. Relaciones equitativas
3. Respeto a las diferencias
4. Enriquecimiento mutuo.

La interculturalidad es un marco que se inclina hacia el respeto y horizontalidad, sin pretender que una población con toda su carga de elementos culturales se ponga por encima o debajo de la otra u otras. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo, facilitando o promoviendo, la apertura para la escucha y el enriquecimiento hacia los mutuos espacios de la relación.

Dentro de las concepciones de la interculturalidad y en las competencia de la salud de acuerdo a los que señala Hansen Narvaez (1999) en el caso de las instituciones de Salud, las y los usuarios de los servicios refieren la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la discriminación de que son objeto, los diferentes grupos culturales como migrantes e indígenas, mujeres, adultos mayores, personas con preferencias sexuales diferentes, enfermos de VIH/Sida, alcohólicos, sexoservidores entre otros.

En este contexto los aspectos que terminan por incidir en la percepción de la satisfacción de los pacientes que reciben del servicio y de la atención del personal, influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y en resistencia al uso de los servicios, que en casos extremos ha llegado a la confrontación y al choque cultural, las barreras culturales que dificultan el acceso a los servicios de salud, la poca o nula competencia intercultural del personal médico en el trato hacia el usuario, son algunas de las situaciones que nos enfrentan e evaluar el hecho de brindar al personal de salud (operativo, administrativo, directivo y en proceso educativo) una propuesta de *Sensibilización Intercultural en Salud (SIS)* la cual se entiende como la capacidad del ser humano de sentir, tomar conciencia y recapacitar sobre la importancia de los procesos en los que los servicios de salud consideran el entorno cultural, la diversidad y el respeto, respecto a diferentes interpretaciones relacionadas con la salud y enfermedad.

## Marco legal y normativo

Para dar paso a políticas públicas que abordaran la adecuación de los servicios de salud, la apuesta del Estado fue establecer diálogos para conocer las características distintivas de cada cultura, lo que significaría que la pertinencia cultural estaría igualmente sujeta a indicadores de gestión que han sido diseñados para garantizar la eficiencia y eficacia del modelo vigente. Es por ello, que a través de la participación activa de los actores relevantes del proceso se busca también incrementar la organización según los instrumentos jurídicos validados por la ley indígena y optimizar los mecanismos de toma de decisiones. De lo anterior se deslinda una potencial discusión teniendo en cuenta que la meta de la política pública en materia de participación de los pueblos indígenas es desarrollar un modelo de atención que a todas luces aspira a construir una relación horizontal frente al modelo oficial mediante estrategias de trabajo de corte “integrador” que buscan el reconocimiento plausible de las diferencias culturales (Vázquez, 2009).

En esta construcción dentro de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, es importante resaltar:

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

Artículo 2º La Nación Mexicana es única e indivisible. “La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos Indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitan en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas. La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quienes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas. Son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquellas que forman una unidad social,

económica y cultural asentada en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres”

Artículo 4° se establece que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los Servicios de Salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad General conforme a lo que dispone la Fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución.

La continuidad de poder establecer bases sólidas de la interculturalidad en la salud encontramos Leyes Generales:

- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
- Ley para la Igualdad de Género.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- Ley General de Salud.
- Ley General para la Igualdad Entre Hombres y Mujeres.

El paso a las Leyes Estatales encontramos a la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas, Artículo 7°: El Sistema Estatal de Salud tiene los objetivos siguientes: la fracción VII.- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

- Ley para el Fomento y Desarrollo Artesanal del Estado de Tamaulipas.
- Ley de Fomento a la Cultura para el Estado De Tamaulipas.
- Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Tamaulipas.
- Ley para la Igualdad de Género en Tamaulipas.
- Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad del Estado de Tamaulipas.
- Ley de la Comisión de Derechos Humanos de Tamaulipas.

Normas Oficiales Mexicanas: NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar., NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. NOM-046-SSA2-2005 5. Violencia Familiar, Sexual Y Contra Las Mujeres. Criterios Para La Prevención y Atención (DOF, 2023).

Estas Normas Oficiales son de observancia obligatoria para todas las prestadoras y todos los prestadores de Servicios de Salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud.

### **Enfoque intercultural en la operación de los programas de salud**

Para poder implementar líneas de acción de la Política de Interculturalidad en Salud corresponde a una parte del proceso conceptualizar políticas y programas que ubiquen las competencias culturales, las cuales corresponden a dos líneas de acción dentro de la política. Chavira Razo (2013) señala que además de la formulación de la política, es necesario evaluar su implementación para saber sus avances en los servicios de salud, pues es posible que no se estén llevando a cabo las acciones esperadas debido a barreras o dificultades, que pueden ir desde problemas en la logística, hasta fallas en la comunicación entre directivos y personal operativo. Incluso, aunque los prestadores reporten estar llevando a cabo las acciones planteadas en la política, la visión de los usuarios podría mostrar lo contrario.

El enfoque intercultural juega un papel de unión de los procesos participativos, potenciando las diversas acciones, mejorando la comunicación con la población beneficiaria, estableciendo puentes entre la cultura de los servicios de salud y las diferentes culturas que conforman a la población que se atiende en los servicios de salud. El incorporar el enfoque intercultural, de género y el respeto a los derechos humanos en todos los programas y servicios de salud, adecuando sus procedimientos y perspectivas, propicia una coherencia institucional, se fortalecen los valores y se potencia un impacto integral (Almaguer et al, 2012).

Los postulados interculturales de respeto y reconocimiento a las diferencias son la base de nuestra propuesta para fortalecer los procesos de participación social, el empoderamiento que pretende el Sistema de Protección Social en Salud y la promoción de los derechos humanos en salud en una sociedad multicultural. El enfoque intercultural es un proceso que requiere de un esfuerzo constante; la inclusión de temas en las áreas normativas y operativas en todos los niveles de atención, así como en el diseño de programas de

Homeopatía, Acupuntura y Medicina Tradicional, permitirá cumplir con las necesidades de esta demanda social (Ludwig Guendel, 2011)

Revisadas las definiciones, el marco legal podemos comprender que la interculturalidad en salud su principio básico es el de respeto a los derechos humanos, de acuerdo a su pertinencia cultural, y para ello debemos tomar en consideración la identidad de género para poder dar una atención con enfoque de perspectiva de género. Conforme a los estudios realizados en el tema de género es sabido de las desigualdades que existen a partir de las diferencias sexuales dejando en desventaja a la mujeres, subordinadas a la hegemonía del hombre, se originan en un sistema patriarcal y que este se traslada a la instituciones, mismo sistema a educado en la cultura del maltrato, igual que se da en la formación médica, y se naturaliza por lo que las prestadoras y los prestadores de salud lo ejercen hacia las usuarias y los usuarios que acuden, siendo las mujeres las principales víctimas, a las que se les transgreden sus derechos sexuales y reproductivos, y se les violenta en esta etapa de la vida aún más cuando se encuentran en estado más vulnerable que es el embarazo, parto y puerperio. Existen múltiples antecedentes de la violencia que se ejerce, así como quejas ante derechos humanos lo que ha provocado que el Gobierno volteé a ver este tipo de violencia hacia las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (2021) reconoce la violencia como un problema de salud pública por las graves repercusiones en la salud y los costos en salud se elevan, como consecuencia de la hegemonía del varón en las diferentes culturas las mujeres que sufren abuso durante la niñez pueden correr mayor riesgo que otras mujeres de convertirse en víctimas de la violencia como adultas. Así mismo, la violencia sexual y física parece contribuir a que aumente el riesgo de que la mujer desarrolle numerosos trastornos ginecológicos, algunos de los cuales pueden ser el dolor pélvico crónico que representa un buen número de las visitas ginecológicas o enfermedades de transmisión sexual.

La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Indígena (Almaguer et al, 2014), establece que la Política de Interculturalidad en Salud considera que las competencias culturales deben fomentarse tanto en los servicios como en el personal de salud, y define competencia cultural del personal de salud como aquello que incluye:

1. La Identificación de la singularidad cultural de la población usuaria de los servicios de salud.
2. Desarrollo de actitudes de respeto al usuario en sus expectativas, expresiones y prácticas en torno al proceso Salud-enfermedad-atención.
3. Capacidad de comunicación eficiente y asertiva.
4. Capacidad de comprensión de la percepción de la causalidad y riesgo de la población usuaria.
5. Conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan otros modelos y/o prácticas terapéuticas que utiliza la población. (p.26).

Ahora bien, Donabedian (1984) menciona que la calidad de la atención tiene tres dimensiones: técnica, interpersonal y de comodidad. La primera tiene que ver con la aplicación de la ciencia y tecnología para solucionar el problema de salud del paciente; la segunda es sobre la relación que se establece entre los prestadores y los usuarios de los servicios de salud considerando sus expectativas y aspiraciones; y la tercera tiene que ver con los elementos físicos que rodean el proceso de atención.

En estos procesos de integración el enfoque de los derechos humanos busca que de luchas y reconocimientos explicitó el carácter inmoral de este tipo de desigualdad, dio paso a la incorporación del aspecto cultural en el concepto de lo social y articuló la noción de igualdad a la de libertad. Por lo que Ludwing Guendel (2011) define este paso como un logro conceptual y político al reconocer a grupos sociales que habían sido excluidos de toda participación política en las decisiones adoptadas por los Estados. La política social se enmarcó en esta redefinición conceptual y se convirtió en un instrumento importante para el reconocimiento de la diferencia y para atender la desigualdad social por razones culturales. Si inicialmente la política social se limitaba a atender los efectos culturales en la entrega del “salario social” como un efecto indirecto o asociado con problemas de accesibilidad, bajo el nuevo concepto se trata de incorporar “la cultura” como un factor determinante para garantizar la integración social de grupos sociales, que en su mayoría ni siquiera fueron “beneficiarios” de los programas sociales.

## **El parto humanizado en la interculturalidad de salud**

Los cambios que empezaron a surgir en el mundo también involucraron la atención de la salud, en los años 80 las praxis médicas fueron cuestionadas, los diversos movimientos sociales que influyeron en un cambio de las ideas dominantes y que se introdujeron en el imaginario colectivo, dio como resultado variaciones en la conceptualización de lo que debía ser una atención de calidad, tanto por parte de algunas parturientas, como de algunos profesionales de la salud (Garrido 2017).

La asistencia al parto, pese a tratarse de un proceso fisiológico, siempre ha precisado de cuidados y atenciones. No obstante, la aplicación de los conocimientos derivados de los avances tecnológicos ha cambiado la forma de vida en la sociedad. Actualmente el uso de la tecnología es fundamental en todas las disciplinas y cobra una especial relevancia en las prácticas sanitarias. Resulta evidente, para las personas que trabajan en el ámbito de salud, que la atención tiende a estar cada vez más tecnificada. Asimismo, cabe destacar que, el uso de la tecnología en las ciencias de la salud ha permitido una mejora en el nivel de vida de las personas. Sin embargo, en los últimos tiempos se ha asociado la tecnificación de la atención hospitalaria y, en especial, el uso de la tecnología en la asistencia al parto, con la deshumanización de los cuidados (Davis-Floyd, 2001).

Todo esto sucede a partir de que la medicina fue evolucionando y lo que era un episodio natural e íntimo en el hogar, fue trasladado a los centros médicos convirtiéndolo en un proceso patológico y quedando las mujeres subordinadas a la autoridad médica donde cada vez fue habiendo más intervención como el uso de los fórceps, la medicalización, el abuso de la cesárea. Se debe reconocer que los avances en la medicina han traído grandes beneficios ayudando a disminuir la mortalidad materna, pero esto ha ocasionado un control de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio por el personal de salud incluyendo procedimientos inapropiados e incensarios como el rasurado y la episiotomía, la maniobra de Kristeller.

De acuerdo con los especialistas en la salud, establecen que la oxitocina hormona secretada por la hipófisis que tiene la propiedad de provocar contracciones uterinas y estimular la subida de la leche, se le ha denominado la hormona del amor ya que las mujeres

la producen en el momento del parto ante la felicidad de recibir a su hijo y lo que debiera ser la experiencia más feliz de la vida de las mujeres, en algunas ocasiones se convierte en experiencias no agradables.

Ante la preocupación de la OMS por este tema, llevó a emitir diez principios para el cuidado del embarazo y parto, y a desarrollar materiales educativos para facilitar su implementación, señalando que el cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, proveyendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias.
2. Reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún superiores.
3. Basarse en las evidencias científicas.
4. Regionalizarse y desarrollar un sistema eficiente de referencias de centros de atención primaria a niveles de cuidado secundario y terciario.
5. Incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, educación del parto y de la maternidad, y en ciencias sociales.
6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo/a como de su pareja.
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres

En la década de los noventa, se unifico el término “parto humanizado” para referirse al modelo de atención donde los protagonistas son las mujeres, su bebe y su pareja dando prioridad a las necesidades de la mujer y dando preferencia a las decisiones de las mujeres

en cuanto a su posición y movilidad. En América Latina y Europa se utilizan los términos como “parto humanizado”, “parto respetado” y “parto digno” (Chamberlain, 1988).

Maya y Cruz Sánchez (2018) mencionan que es necesario identificar la barreras interculturales y de género para recobrar la autonomía de las mujeres en este proceso tan personal, la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural desde 2004 ha buscado responder a las expectativas de las mujeres haciendo énfasis a la pertinencia cultural aprovechando los saberes ancestrales de una medicina tradicional posicionando a las parteras en la atención, realizando encuentros de enriquecimiento mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales con la finalidad de reconocer los aportes en la atención de las mujeres y el recién nacido.

La ONU (2021), reconoce que las parteras salvan vidas, si todas las parteras fueran capacitadas formalmente, podrían evitar aproximadamente dos tercios de todas las muertes maternas y neonatales, según el reciente informe es el estado de las parteras en el mundo, también podrían prestar el 87 % de los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. Sin embargo, solo el 42 % de las personas con conocimientos de partería trabajan en los 73 países donde ocurre más del 90 % de las muertes maternas, neonatales y casos de mortinatos.

En México sólo 2.9 por ciento de los nacimientos son atendidos por parteras tradicionales, hace 30 años las parteras atendían el 43 por ciento de los nacimientos, lo que significa que esta práctica ejercida especialmente por mujeres indígenas está por desaparecer. Lo mismo sucede en Perú, donde solo el 1 por ciento de los nacimientos es atendido por parteras tradicionales (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2018). Esto ha tenido un impacto devastador tanto en la preservación de la cultura, como en los resultados de la salud materna y neonatal de las comunidades indígenas. Hoy hay que defender esta práctica en las poblaciones originarias de América, donde las parteras han sido, incluso, criminalizadas.

La reducción de la atención al parto por mujeres indígenas y no indígenas tiene varias razones, no porque no lo prefieran las mujeres, ni mejora la seguridad de los partos, más bien es político y de presión económica. Muchas usuarias de servicios de salud son amenazadas

con perder los beneficios de los programas de bienestar social, como el extinto “Prospera” en México o “Juntos” en Perú, si las parteras indígenas y no indígenas atienden sus nacimientos. Es un hecho dicen las indígenas, entre ellas Kinal Antzetik de México, que la exclusión de las parteras indígenas de los sistemas de salud quebranta la capacidad del Estado de dar cuenta apropiada de sus poblaciones indígenas, porque no expiden certificados. (López Ricoy & Freyermuth Joffre, 2015).

Sara Lovera (2018) periodista de investigación del periódico PA66INA, sostiene que: “El valor y las contribuciones de las parteras indígenas a sus comunidades no puede ser desconocido, proveen cuidado donde no hay ninguno, usan la cultura, las plantas tradicionales y las ceremonias en sus prácticas obteniendo valiosos resultados, de lo cual hay mucha evidencia”.

Hoy esta limitación crea mayores barreras a la población indígena para participar de manera completa en la sociedad y ejercer plenamente sus derechos.

La marginación de las parteras indígenas y no indígenas, en México es: el rol de la partera es dramático, en 1987, ellas atendieron el 43 por ciento de los nacimientos mientras los doctores atendieron el 38 por ciento. Tres décadas después, nueve de cada diez nacimientos (94.2 por ciento) son atendidos por un doctor y sólo 2.9 por ciento por parteras. El riesgo de desaparecer la partería tendrá consecuencias para la salud de las mujeres y para la cultura (Ramírez Pérez, 2016).

El trabajo que las parteras indígenas y no indígenas además de atender el parto realizan masaje para colocar al bebé en la posición correcta a lo largo del embarazo y como evitar la cesárea, la sensibilidad para cuidar a las personas que, de otra manera, no recibirían cuidado prenatal hace que mejore el resultado.

La partería es un fundamento de cada comunidad indígena y no indígena, sin embargo, en los países Latinoamericanos la práctica de la partería tradicional indígena y no indígena la presencia de las parteras, y la habilidad de transmitir el conocimiento de la partería a través de las generaciones, ha declinado significativamente a lo largo las últimas décadas. (Argüello y Mateos, 2014).

Su impacto es devastador tanto en la preservación de la cultura, como en los resultados de la salud materna y neonatal de las comunidades indígenas.

En Centro y Sur América, muchas parteras indígenas son criminalizadas. Por ejemplo, en Perú, la situación de las parteras indígenas tradicionales se ha deteriorado en años recientes, a pesar de las políticas de salud intercultural, que promueven la medicina tradicional, y la integración de las parteras indígenas al sistema de medicina convencional (Alarcón et al, 2014).

De acuerdo con Alcántara Rojas (2000) el 96% de los partos en territorio mexicano se atienden en hospitales de segundo nivel. Sin embargo, en las zonas marginadas y alejadas de los asentamientos urbanos, aún es común la atención obstetricia por parte de las parteras. El origen de la matronería es tan antiguo como la humanidad. No obstante, las distintas culturas han conservado una serie de conocimientos tradicionales vinculados al embarazo. Este es el caso de México, país en el que las parteras tienen una relación estrecha con el mundo indígena.

En Tamaulipas es necesario rescatar los saberes de las parteras si bien no tenemos población indígena si tenemos parteras, Tamaulipas cuenta sólo con 52 parteras en todo el Estado, a diferencia de otras entidades como Veracruz, Guerrero y Chiapas, que tienen comunidades donde 95 por ciento de los nacimientos son atendidos por estas mujeres.

**Tabla 1.**

*Ubicación por municipio de parteras en el Estado de Tamaulipas.*

MUNICIPIO	PARTERAS
Aldama	1
Altamira	8
Bustamante	3
Jaumave	1
Llera	2
Matamoros	11

Miquihuana	1
Reynosa	17
Río Bravo	2
San Fernando	2
Tampico	1
Valle Hermoso	2
Victoria	1
<b>Total</b>	<b>52</b>

Fuente: Dirección de Salud Reproductiva a través de la Unidad Jurídica y Transparencia de la Secretaría de Salud de Tamaulipas.

La tabla 1. Nos muestra donde están ubicadas las parteras en el estado, donde se observa que las ciudades fronterizas son las que presentan la mayoría de ellas, y sería importante investigar el fenómeno de migración, ya que estos servicios de atención suelen ser más económicos es decir personas con menos acceso a los servicios y nivel económica más bajo.

En 2014 existían 56 parteras en 5 años se han perdido 4 y seguirán desapareciendo porque de las 52 hay 7 con una edad de 41 a 59 años, 18 de 60 a 69 años de edad 12 de 70 a 80 años de edad y 14 de 80 a 90 años de edad y una de 91 años de edad. Las mujeres no están aprendiendo los saberes de estas mujeres y si bien la Secretaría de Salud cada año las reúne para capacitarlas y certificarlas es ahí donde debe integrarse la interculturalidad y aplicar el principio “que sabes tú que no sé yo y que se yo que no sabes tú” los médicos y médicas de los servicios de salud ¿han aprendido de ellas el masaje la importancia del frio y calor?.

Así como han disminuido las parteras, también ha disminuido su actividad del año 2014 a mayo 2019 se registraron 64,763 nacimientos en clínicas privadas y 284,386 en los hospitales del sector Salud IMSS, IMSS OPORTUNIDADES, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, SERMAR Y SECRETARÍA DE SALUD.

Durante el mismo periodo 114 nacimientos fueron atendidos por parteras lo que equivale al 0.03% de atenciones, considero que la disminución de personas que se dedican a

esta labor obedece a la política de institucionalizar el parto, por parte de las autoridades de Salud.

Se desconocen las causas por lo que en el Estado no se permite la atención por parte de estas mujeres, ciertamente se les actualiza cada año, pero solo para dar consulta prenatal.

El rescate de esta figura en el Estado contribuiría a disminuir la violencia obstétrica que cada vez es más manifestada por las usuarias y evitar las recomendaciones de derechos humanos, además de rescatar la partería es necesario implementar el parto humanizado en las unidades de salud lo que permitiría a las mujeres parir con dignidad y con pertinencia cultural.

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, junto con Rochester-México, diseño en 2007 diferentes implementos para la atención humanizada de las mujeres en el parto con enfoque intercultural, respondiendo tanto a las expectativas de las mujeres del país indígenas y no indígenas, como a las del personal de salud y las parteras tradicionales.

De acuerdo a la información obtenida a través de la unidad de transparencia de la Secretaría de Salud no existen quejas ni demandas por violencia obstétrica del periodo del año 2014 a mayo 2019, sin embargo en mi práctica profesional conocí casos de violencia obstétrica así como anécdotas de personal médico y de enfermería que reconocían haber ejercido violencia; el siguiente testimonio es de una médica que después de 25 años de servicio y conocer que existen otras maneras de atender reconoció que en su servicio social ejerció violencia por atender un parto aplicando los conocimientos aprendidos en su formación profesional y refiere que la chica venía de la huasteca que se levantaba de la cama y se encucillaba agarrándose del lavabo por lo que ella la regañaba logrando al final atenderla con el método convencional.

La naturalización de la violencia por la cultura tradicional y formación judeo-cristiana en la que hemos sido educadas las mujeres bajo la consigna de que “parirás con dolor” ha socavado el problema, permitiendo que no se ejerzan correctamente los derechos y no exista la cultura de la denuncia.

Se requiere de una verdadera decisión política, así como el reconocimiento del personal médico que ha realizado los procesos de medicalización y tecnificación de la atención del parto como signos positivos del progreso médico, por otro lado, también es muy importante comentar que la irresponsabilidad de no aplicar los procesos y la deshumanización de las atenciones a las embarazadas no siempre garantizan el bienestar y la vida de las mujeres.

Los servicios de salud tienen que aplicar correctamente las normas oficiales y hacer cumplir la constitución y las leyes basando su modelo de atención en el respeto a los derechos humanos, con perspectiva de género y pertinencia cultural.

## **Conclusiones**

La interculturalidad en salud requiere del desarrollo de procesos donde los y las usuarias y los sistemas médicos oficiales tengan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal. Un principio rector en que se puede manifestar la interculturalidad en salud es la sinergia de estos sistemas médicos, procurando un acercamiento los equipos de salud con los especialistas y terapeutas de la medicina tradicional, con el principio de respeto a los derechos humanos para crear un ambiente de confianza entre ambas medicinas.

La capacitación del personal es indispensable para mejorar la atención y se brinde con una sensibilidad intercultural, para ello la figura del facilitador es indispensable tanto para capacitar al personal como a la población.

Para aprovechar el patrimonio intangible del Estado rescatando la medicina tradicional que se ha perdido por la transculturización de la población, y que es sabido su uso por la información que aportan los y las usuarias de los servicios en la consulta y que es conocido por los y las prestadoras de salud que en muchas ocasiones lo descalifican.

Al entender los procesos de mejora de la salud mediante una gestión más adecuada del medio ambiente local, podrá permitir seguir un camino poco explorado por los organismos a cargo de los programas de salud, existiendo una escasa identificación de la red de factores económicos, sociales y ambientales que influyen en la salud humana, debido a que muchas veces las poblaciones indígenas no manifiestan de manera clara, frente a los



agentes de salud oficial, las causas que originan sus estados de salud, y a una incapacidad de los agentes oficiales de la salud de considerar estas causas (Hansen Narváez, 2012).

Ante todo el panorama de interculturalidad y el trabajo de políticas públicas en temas de salud, el parto humanizado nos obliga a rescatar los saberes de las parteras realizando cursos donde ellas compartan con el personal de medicina y enfermería sobre todo a las generaciones jóvenes de como abrazar emocionalmente a las mujeres que llegan a las unidades de salud y tengan un proceso placentero y fácil, otra propuesta es utilizar la fuerza de trabajo del voluntariado de las instituciones para capacitarlas como “doulas” (Se llaman doulas las mujeres que ya han sido madres, aconsejan, ayudan a las embarazadas y las acompañan durante el embarazo, el parto y los cuidados al recién nacido) que participen apoyando a las mujeres realizando un trabajo con mayor sensibilidad y sororidad.

Por lo que además debemos realizar un diagnóstico de necesidades tendría que constituir el punto de partida para cualquier intervención comunitaria en salud, se debe asegurar la implementación y fortalecimiento de acciones al interior de las propias comunidades, con trabajo en las sedes sociales y establecimientos educacionales, con la finalidad de prevenir problemas de salud, a través de la capacitación y sensibilización tanto de las comunidades como de los agentes de salud oficial en temas de salud intercultural y lograr las bases sólidas para entender el parto humanizado.

## Referencias

- Alarcón, M. Á., Sepúlveda, J. & Alarcón, I. C. (2011). *Las parteras, patrimonio de la humanidad*. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, <http://www.redalyc.org>
- Alcántara Rojas, B. (2000). *"Miquizpan. El momento del parto, un momento de muerte. Prácticas alrededor del embarazo y parto entre nahuas y mayas del Posclásicas"*, *Revista de Estudios Mesoamericanos*, UNAM, Vol. II,
- Almaguer González, J.A., García Ramírez, H. J. & Vargas Vite, V. (2012). *Nacimiento Humanizado, aportes de la Atención intercultural, a las Mujeres durante el embarazo Parto y Puerperio*. *Género y Salud en Cifras*. Volumen 10 No. 2/3.
- Alsina, M.R. (1999). *La comunicación intercultural*. *Anthropos*, <https://aulaintercultural.org>.
- Arandojo Morales, M. I. (2016). *Nuevas Tecnologías y nuevos retos para el profesional de enfermería*, <http://scielo.isciii.es>.
- Argüello, H. y Mateo, A. (2014). *Parteras tradicionales y parto medicalizado ¿un conflicto del pasado? Evolución de los discursos de los organismos internacionales en los últimos 20 años*. *Liminar. Estudio sociales y humanísticos*, <http://liminar.cesmecca.mx>
- Chamberlain D.B. (1988). *The mind of your newborn baby*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Chavira Razo, L.G. (2013). *Política de interculturalidad en salud: evaluación cualitativa de la implementación de competencias culturales*. Tesis para obtener grado de maestría Instituto Nacional de Salud Pública Escuela de Salud Pública de México, <https://catalogoinsp.mx/files/tes/053702.pdf>
- Comboni Salinas, S. & Juárez Núñez, J. M. (2013). *Las interculturalidad-es, identidad-es y el diálogo de saberes*. *Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, <https://www.redalyc.org>.
- Davis-Floyd R. (2001). *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth*. *Int J Gynecol Obstet*.
- Diario Oficial de la Federación (2023). *Normas Oficiales*. <https://diariooficial.gob.mx/normasOficiales.php#gsc.tab=0>

- Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Indígena. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. (2009). *Competencias interculturales para el personal de salud. México*
- Donabedian A. (1984). *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación.* México, DF: Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- Doré, E; (2008). *La marginalidad urbana en su contexto: modernización truncada y conductas de los marginales.* Sociológica vol.23 no.67 México, <http://www.scielo.org.mx>.
- Fernandes Alves, R; Carmo Eulalio, M; Jiménez Brobeil, S.A. (2009). *La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos.* Archivos Brasileiros de Psicología, <https://www.redalyc.org>.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018). *Data Portal.* <https://www.unfpa.org/es/data>
- Garrido, C. (2017). Revisitando el pensamiento de Hannah Arendt y Norbert Lechner: *Hacia un Trabajo Social crítico.* <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/issue/view/3116>
- Gobierno de México (2023). *¡80 años de la Secretaría de Salud!* <https://www.insp.mx/avisos/80-anos-de-la-secretaria-de-salud>
- Hasen Narvaez, F. N., (2012). *Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena.* Ciencia y Enfermería XVIII, <https://scielo.conicyt.cl>.
- Lerin Piñon, S. (2012). *Desafíos de la salud intercultural,* <http://www.geocities.ws>.
- López Ricoy, A. E. & Freyermuth Joffre, L. G. (2017). *El papel de la Sociedad Civil en Materia de Incidencia en las Políticas Públicas de Salud para las Mujeres Indígenas en México.* Coordinado por Alternativas y Capacidades A. C., <https://www.idrc.ca>.
- Lovera, S. (2018). *PROSPERA en México prohíbe la partería tradicional.* <https://www.pagina66.mx>.
- Ludwig Guendel (2011). *Política social e interculturalidad: Un aporte para el cambio.* Scientific Electronic Library Online. Bolivia, <http://www.scielo.org.bo>.

Maya, A. P. & Cruz Sánchez, m. (2018). *De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo*. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, vol. 50, núm. 4., <https://www.redalyc.org>.

Norma Oficial Mexicana NOM 007 SSA2-2016 (2016). *Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo Parto y Puerperio y la Persona Recién Nacida*. Diario Oficial de la Federación. Centro Nacional de Metrología.

Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993. *De los Servicios de Planificación Familiar*. Diario Oficial de la Federación. Centro Nacional de Metrología.

Norma Oficial Mexicana, NOM 046-SSA2-2005. *Violencia Familiar Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y la Atención*. Diario Oficial de la Federación. Centro Nacional de Metrología.

Organización de las Naciones Unidas (2021). Naciones Unidas alerta sobre la falta de 900.000 parteras a nivel mundial. <https://news.un.org/es/story/2021/05/1491642>

Organización Mundial de la Salud. (1949). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social>.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud (2021). Violencia contra la Mujer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS para el cuidado durante el parto para una experiencia de parto positivo*. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud (2023). *Un enfoque intercultural y participativo, clave para garantizar la salud de los pueblos indígenas de las Américas*.

- <https://www.paho.org/es/noticias/9-8-2023-enfoque-intercultural-participativo-clave-para-garantizar-salud-pueblos-indigenas>
- Prats, J., Barca, I., & López Facal, R. (2014). *Historia e identidades culturales*, CIED. Universidade do Minho, <http://www.ub.edu>.
- Ramírez Pérez, A. R. (2016). *Mujeres y parteras. La atención del embarazo y parto en la periferia Norte de San Cristóbal de Las Casas*. Tesis. Universidad Autónoma de Chiapas. Licenciatura en Gestión y Autodesarrollo Indígena.
- Rivera, L. (2019). *El Maltrato Psicológico*. Asociación Española de Psicoterapia. 5ª EDICIÓN.
- Salaverry, O. (2010) *Interculturalidad en salud*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, <https://www.scielosp.org>.
- Secretaría de Cultura, Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones. (2017). *Memoria y Prospectiva de las Secretarías de Estado*. Ciudad de México.
- Secretaría de Salud. (2014). *Interculturalidad en Salud*. Ciudad de México. Programa Editorial del Gobierno de la Republica.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud DGPLADES, Dirección General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo de Interculturalidad. (sf). *Esquema Metodológico para Incorporar Género, en el Enfoque Intercultural en Salud*.
- Secretaría de Salud (2018). *Guía Modelo de Atención a las Mujeres Durante el Embarazo, Parto y Puerperio Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro*. Ciudad de México.
- Vázquez, M. A. (2009). *Salud Intercultural y políticas públicas: La experiencia de la organización Taiñ Adkimn en la comuna de la Pintana*. Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Antropología, <http://docs.bvsalud.org>.
- Zolla, C. (2008). *Antropología Médica, Salud y Medicina en la Obra de Gonzalo*. Cultura y Política, <http://www.nacionmulticultural.unam.mx>.