

Parteras kichwa del Alto Napo (Ecuador): salud intercultural, partería tradicional y ODS

Kichwa midwives of Alto Napo (Ecuador): intercultural health, traditional midwifery and SDG

CRISTINA BERNIS, ANNE SCHWARZ,
CARLOS VAREA Y JOSÉ MANUEL TERÁN*

PALABRAS CLAVE

Partera tradicional; Partera profesional; Mortalidad materna; Estado multicultural; Salud intercultural; ODM5; ODS3.

RESUMEN La partería tradicional se basa en una prolongada experiencia empírica en muy diferentes entornos ecológicos y culturales que, tras un periodo transicional de capacitación a lo largo del siglo XX, se encuentra en vías de desaparición sustituida por parteras cualificadas. Con la colaboración de la Asociación de Mujeres Parteras Kichwa del Alto Napo (AMUPKIN), se revisa la contribución de las parteras tradicionales y su contribución los ODS-2030 en Ecuador, Estado multicultural donde no hay parteras profesionales reconocidas.

KEYWORDS

Traditional birth attendant; Skilled midwife; Maternal mortality; Multicultural state; Intercultural health; MDG5; SDGO3.

ABSTRACT The traditional midwifery is based on a long empirical experience in very different ecological and cultural environments, which after experiencing a transitional period of training along the 20th, is on the way to disappear, replaced by qualified midwives. The contribution of traditional birth attendants and their contribution to the ODS-2030 in Ecuador, a Multicultural State where

* **Cristina Bernis** es catedrática de Antropología Física, profesora honoraria del Departamento de Biología de la UAM y presidenta de la Asociación para el Estudio de la Ecología Humana.

Anne Schwarz es doctora en Lingüística y docente investigadora del Vicerrectorado Académico de la Universidad Regional Amazónica IKIAM de Ecuador.

Carlos Varea es profesor contratado doctor del Departamento de Biología de la UAM y secretario de la Asociación para el Estudio de la Ecología Humana.

José Manuel Terán es doctorando del Departamento de Biología de la UAM.

no professional midwives are recognized, is reviewed with the collaboration of the Kichwa Midwives Association of Alto Napo (AMUPKIN).

MOTS CLÉS

Sage-femme traditionnelle; Sage-femme; Mortalité maternelle; État multiculturel; La santé interculturelle; OMD5; ODD3.

RÉSUMÉ

La sage-femme traditionnelle est basée sur une longue expérience empirique dans très différents environnements écologiques et culturels, qui après une période transitionnel de formation le XXe, est sur le chemin de la disparition, remplacé par des sages-femmes qualifiées. La contribution des sages-femmes traditionnelles et leur contribution à l'ODS-2030 en Equateur, Etat multiculturel où il n'y a pas de sages-femmes professionnelles reconnues, est revue avec la collaboration de l'Association des Kichwa sages-femmes de la haute Napo (AMUPKIN).

Introducción: historia de la partería tradicional en un contexto internacional (1880-2015)

Una breve introducción histórica sobre la partería tradicional y su paulatina sustitución por profesionales sanitarios específicos ayuda a comprender, primero, las dificultades asociadas a la reducción en mortalidad materna y su gran diversidad entre países, segundo, la relación entre las parteras tradicionales, el avance en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y su contribución a los Objetivos de Sostenibilidad (ODS); y, tercero, la especial situación de la partería tradicional en Estados multiculturales donde no hay parteras profesionales reconocidas, como Ecuador, de donde procede la Asociación de Mujeres Parteras Kichwas del Alto Napo (AMUPAKIN), que colabora en nuestra investigación.

Las políticas sanitarias, sociales y técnicas para reducir las elevadas tasas de mortalidad materna se iniciaron en los países occidentales hacia 1880 y en 1950 se habían conseguido unas tasas inferiores a 40 por cien mil nacidos vivos. La mayoría de países de ingresos altos presentan hoy tasas por debajo de 10 por cien mil a partir de tasas iniciales de 600 por cien mil, y de una situación generalizada de partos en domicilio atendidos mayoritariamente por parteras tradicionales. En los países europeos se dispuso pronto de estadísticas fiables sobre mortalidad materna, lo que proporcionó la dimensión del problema y la determinación de los responsables políticos sanitarios para asumir e impulsar el desarrollo del proceso, incluyendo objetivos y financiación. El mayor descenso de la mortalidad materna ocurre por la implementación del uso sistemático de medidas asépticas a todos los partos a través de capacitación de parteras

tradicionales y su sustitución por parteras profesionales (De Brouwere *et al.*, 1998). Los resultados fueron variables, pero en 50 años se habían alcanzado en Europa unas tasas de mortalidad materna en torno a 70 por cien mil, que es la meta a alcanzar para los países de medianos y bajos ingresos en 2030. En estos países, el proceso de reducción de la mortalidad materna —con la inclusión de medidas sobre parteras— no se inicia realmente hasta los años setenta, cuando se completó su nacimiento como países independientes tras difíciles procesos de descolonización. Hubo algunas iniciativas tempranas: algunos países asiáticos impulsaron ya en 1937 la integración de las parteras tradicionales en los programas rurales de salud. En 1952, UNICEF proporcionó a parteras tradicionales equipos de parto dirigidos a mejorar el cuidado perinatal y en 1961 Milton Margai, médico y primer presidente postcolonial de Sierra Leona, incorporó a las sociedades de parteras y sanadoras *sande* (documentadas en África occidental al menos desde el siglo XVI) a programas de formación para la salud destinados a mujeres tras su capacitación formal. Estas parteras, respetadas y con frecuencia reconocidas como jefas primordiales en sus comunidades, enseñaban cantando a mujeres esencialmente analfabetas aspectos obstétricos, prevención de enfermedades venéreas e higiene básica con música de canciones tradicionales (Mckormack, 1983).

No fue hasta la década de los años setenta cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió activamente la capacitación de las parteras tradicionales y su incorporación en el cuidado primario de la salud tras una consulta técnica de sus posibilidades como una medida eficaz para reducir la mortalidad materna, especialmente por causas infecciosas, por hemorragias y por la identificación de situaciones de riesgo que se desplazan a centros hospitalarios (OMS, 1979). En esa década, cientos de miles de parteras tradicionales fueron formadas en Asia y Latinoamérica y, en menor grado, también en África. A finales de los años ochenta la ausencia de datos que evidenciaran un descenso de la mortalidad materna asociada a la formación de parteras tradicionales generó críticas a su proceso formativo, atribuyendo a su elevado analfabetismo y carencia de todo conocimiento científico una incapacidad práctica para rebajar las tasas de mortalidad materna al ritmo previsto (Greenwood *et al.*, 1990).

Surge entonces una nueva iniciativa internacional sobre maternidad segura en la que se asume en gran medida esas conclusiones, considerando la formación de parteras tradicionales como una medida transicional hasta que las mujeres y sus bebés tuvieran acceso a servicios de salud aceptables, profesionales y modernos (OMS, 1993). El resultado fue, por una parte, el apoyo a la formación de parteras profesionales, pero también, por otra, la toma de decisiones contradictorias sobre parteras tradicionales ya capacitadas, como la de retirar de la práctica al millón de las formadas en la India, que generaron numerosas publicaciones críticas con esas medidas (Sai y Meassham, 1992; Fleming, 1994). Esos resultados, apoyados por publicaciones posteriores, cuestionaban las cifras de mortalidad materna utilizadas para evaluar las series temporales, dado que en muchos países se basaban en estimas obtenidas de diferentes fuentes y con diferentes criterios, y, por lo tanto, no equiparables, pero que apuntaban a que

el problema no era la estrategia sino la inadecuada manera de llevarla a cabo debido a múltiples causas: la enseñanza basada en textos occidentales para personas con elevados niveles de analfabetismo y culturas muy diferentes, formaciones con muy diferentes duraciones y sin supervisión, y, sobre todo, una insuficiente inversión financiera para instaurar las prácticas más elementales de higiene y crear centros sanitarios locales (De Brouwere *et al.*, 1998; Kruske y Barclay, 2004; Jokhio *et al.*, 2005; Sibley y Sipe, 2004, 2006; Dietsch y Mulimbalimba-Masururu, 2011).

En 2013, el secretario general de las Naciones Unidas promovió la iniciativa *Todas las Mujeres, todos los niños* con un llamamiento a la acción a fin de lograr, en primer lugar, las metas del Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio (reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna entre 1990 y 2015 y el acceso universal a la salud reproductiva) y, en segundo lugar, negociar y definir las metas correspondientes en la agenda para el desarrollo ODS 2015-2030, donde finalmente se incluyen en su objetivo 3, cuyas metas son reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cien mil y garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, e integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

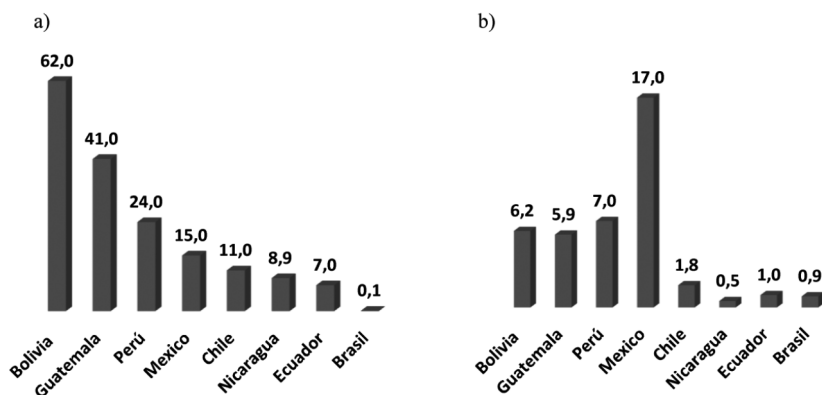
La publicación de la OMS (2014), reconoce el papel clave de las parteras profesionales para contribuir a la consecución de los ODS y para satisfacer el 87% de los servicios destinados a salud sexual y reproductiva, siempre y cuando cuenten con la formación y capacitación adecuadas a las normas internacionales y se establecen unos criterios (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) para evaluar si un sistema de salud y su personal (cuya existencia legal varía con los países) están proporcionando cobertura efectiva. Se plantean entonces estrategias más durables, destinadas a la formación progresiva de parteras cualificadas y a la disponibilidad de estadísticas para evaluar todos los indicadores recomendados sobre tipo de personal disponible, dedicación, recursos etc., con datos sistemáticos de 73 países de bajos y medianos ingresos. Ante la situación de escasez de parteras profesionales e incluso de programas formativos para ello, se recomienda la formación de parteras tradicionales y su incorporación de apoyo a los sistemas primarios de salud como una situación transicional. Estos objetivos se afrontan con la obstinada realidad de que a comienzos del siglo XXI el 60% de todos los partos en el mundo ocurren sin las mínimas facilidades de salud exigibles y que el 47% son atendidos por parteras tradicionales, todo ello debido a la superposición de razones económicas, de aislamiento geográfico, por preferencias culturales y emocionales de las mujeres.

La singular situación de los países multiculturales

Los países de América Latina presentan una gran diversidad de experiencias y niveles de incorporación tanto de la partería profesional recomendada por la OMS (2014) que solo está reconocida en algunos, como de la partería tradicional, que en algunos ya no

existe y en otros tiene diferentes situaciones respecto a su valoración e incorporación al sistema sanitario oficial. Los Estados multiculturales que acogen a poblaciones indígenas numerosas tanto en términos absolutos como relativos (figuras 1a y 1b) tienen una situación singular, y en todos ellos se ha dispuesto una política de apoyo y fortalecimiento a los sistemas locales de salud, dando prioridad a la atención primaria de salud a través de la participación comunitaria (entre cuyos componentes destaca la capacitación, coordinación, seguimiento y evaluación de las parteras tradicionales).

Figura 1. (a) Porcentaje y (b) número total (en millones) de población indígena en países de América Latina



Fuente: Naciones Unidas.

Concretamente, en Ecuador no existen parteras profesionales y entre 1999 y 2004 el 78,5% del total de los partos tuvieron lugar en establecimientos de salud. La mortalidad materna entre 2002 y 2011 tuvo un proceso ascendente llegando a 108 muertes por cien mil nacidos vivos en 2011, que se redujo hasta 88,8 en 2015. Paradójicamente, en ese momento las tasas de cesárea en los centros sanitarios eran del 41%.

La región amazónica, donde se asienta la asociación de parteras AMUPAKIN con quien trabajamos en Napo, tiene elevados niveles de pobreza y más del 30% de los partos ocurren en domicilio (aumentando hasta el 65% en la población indígena), siendo mayoritariamente atendidos por parteras tradicionales (González y Corral, 2010). Ecuador, con un millón de ciudadanos indígenas (el 7% de la población), ha experimentado importantes cambios políticos sociales y sanitarios en las dos últimas décadas derivados, en primer lugar, de la promulgación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) de 1994 (reformada en 1998), que permitió implementar estrategias orientadas a mejorar el acceso y la cobertura del parto, y, en segundo lugar, con su definición como Estado plurinacional e intercultural en el primer artículo de su Constitución, lo que en el campo de salud implica garantizar el derecho a mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos,

“practicando sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional”. Como consecuencia de ello, Ecuador considera que la definición del papel de las parteras tradicionales y su incorporación al sistema nacional de salud debe ser considerada una oportunidad para caminar hacia la construcción de un Estado plurinacional e intercultural, así como para garantizar la atención primaria de mujeres y niños en el país. De acuerdo con ello, el Ministerio de Salud Pública ecuatoriano se ha propuesto la promoción de los procesos interculturales de salud, lo que requiere la adaptación de los servicios obstétricos a las necesidades culturales de la población en zonas rurales y la implementación de la normativa para la atención del parto culturalmente adecuado en el primer y segundo niveles de atención. El proceso de integración de las parteras tradicionales en el sistema nacional de salud está resultando muy complejo, como recoge el excelente informe preparado para UNFPA/Ecuador por González y Corral (2010), consultores del *Center for Human Services (CHS)*, que resume muy adecuadamente la situación de la partería tradicional en Ecuador y los numerosos problemas que —además de su elevado coste— dificultan su integración en la red de salud nacional. El gobierno español proporcionó financiación adicional a Ecuador (como a otros países en desarrollo) a través del Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Fondo ODM), administrado por el Programa de Desarrollo de Naciones Unidas, que, en el documento bilateral suscrito, priorizaba el denominado *Programa de Desarrollo y Diversidad Cultural para la Reducción de la Pobreza y la Inclusión Social*, que incluía con tres ejes fundamentales: el fortalecimiento de políticas públicas interculturales, el apoyo a iniciativas de revitalización cultural y productiva, y la construcción de capacidades nacionales en la planificación nacional y local mediante la producción de información estadística sobre la diversidad cultural y étnica.

AMUPAKIN y la Casa de la Vida

La Asociación de Mujeres Parteras Kichwas del Alto Napo (AMUPAKIN) es una organización con vida jurídica desde julio de 1998 y reorganizada en 2003, que aglutina a mujeres parteras y aprendizas de parteras del Alto Napo, en la Amazonía ecuatoriana, cuyas asociadas, a pesar de las desventajas estructurales de las mujeres indígenas, trabajan a nivel comunitario cubriendo importantes aspectos de la salud reproductiva de las mujeres. Su originalidad y fortaleza residen en su convicción y entusiasmo de promover la recuperación y el fortalecimiento de sus saberes ancestrales para ofrecerlos como una forma alternativa de cuidado de la salud a la población del Napo: su proceso no es resultado de decisiones gubernamentales sino de su propia iniciativa y de reivindicación y valoración de su conocimiento empírico sobre la vida y la naturaleza (la asociación surge antes de la declaración formal de Ecuador como *Estado multicultural*). AMUPAKIN consiguió la colaboración de Cruz Roja ecuatoriana y española, y, con el apoyo del Ministerio de Sanidad Nacional, a través de sus responsables sanitarios en la provincia de Napo, obtuvo asimismo financiación por parte de la Agencia Española de Cooperación Internacional AEI y de los ayuntamientos de

Madrid y San Martín de Valdeiglesias (Madrid), para ejecutar un proyecto destinado a fortalecer a nivel local, provincial y nacional el sistema organizativo de nacionalidades y pueblos de Ecuador, localizado en el espacio conocido como La Casa de la Vida. La historia del proyecto, sus dificultades y sus avances se recogen en García (2005).

En ese contexto se presentan en esta comunicación los primeros resultados que integran proyectos de investigación en curso con investigadores compartidos “Mujeres diversidad biocultural y sostenibilidad” y “La voz de las mujeres Napo Kichwa: un proyecto de documentación con parteras y sus redes sociales”. El primer proyecto está coordinado desde la Universidad Regional Amazónica (IKIAM) y tiene por objetivo proporcionar una base de datos sobre la percepción de la salud y la pobreza de las mujeres kichwas del Alto Napo, integrando metodologías lingüísticas antropológicas, ecológicas, biosanitarias y de género. Los datos se recogen en colaboración de AMU-PAKIN, que además de compartir el idioma con la población, son expertas locales sobre partería, salud reproductiva tradicional y plantas medicinales. Ellas recibirán formación por parte del equipo investigador para abordar y explicar el objeto del proyecto a las mujeres participantes. Están previstos siete talleres temáticos —algunos ya realizados— para las parteras, aprendices y mujeres convocadas por ellas, realizados bajo la dirección de diferentes colaboradores académicos. El segundo proyecto, coordinado desde la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), tiene como objetivo identificar los indicadores bioculturales y de género que deben incluirse en modelos diseñados para explicar y visibilizar de forma rigurosa y comprometida con los nuevos ODS, la contribución de las mujeres rurales e indígenas al conocimiento del medio, a la transformación temporal de la diversidad biocultural, al mantenimiento del bienestar y salud de las comunidades y a la sostenibilidad de los ecosistemas. El proyecto incluye una herramienta virtual, el Museo Virtual de Ecología Humana, como apoyo a la docencia universitaria y a la información ciudadana, e incorpora tres disposiciones establecidas para el cumplimiento de esa política biocultural y sanitaria en Ecuador (González y Corral, 2010) que consideramos esenciales: incentivar la investigación sobre prácticas y conocimientos ancestrales y alternativos; introducir en la malla curricular de los programas de formación profesional en salud contenidos que promuevan el conocimiento, la valorización y el respeto de los saberes y conocimientos ancestrales y alternativos; y reconocer, formar con perspectiva de género e incorporar agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud. En suma, ambos proyectos pretenden evaluar indicadores culturales y de salud de las metas de ODS y contribuir a la integración de sistemas culturales y de conocimiento, a su mutua convivencia y a su difusión y apoyo.

La visión de las parteras

En agosto y septiembre de 2016 se mantuvieron reuniones individuales y colectivas con las parteras y aprendices de partera (continuación de otras previamente realizadas). En las primeras se recogía cómo se hicieron parteras, por qué se integraron en

la asociación y cómo combinan su vida cotidiana con la gestión de La Casa de la Vida, donde hacen turnos mensuales para mantener el huerto medicinal, limpiar y mantener sus dependencias, que son de tres tipos: la denominada *casa común*, construida a la manera tradicional, donde se reúnen, cocinan comen y trabajan las que están de turno y, en su caso, las personas que las visitan; un amplio edificio que acoge una sala de parto acondicionada a la manera tradicional para un parto de rodillas, una habitación con camas para las mujeres que están de turno de noche y un amplia superficie que acoge un centro de atención primaria del servicio nacional de salud; y por último un edificio grande para reuniones, cursos y discusiones, dotado con sistemas de proyección. Hay además una decena de pequeños edificios independientes consistentes en un dormitorio con baño, uno de ellos ocupado por una de las doctoras de atención primaria y el resto disponibles para las personas interesadas en aprender sobre diferentes aspectos de cultura tradicional transmitida por las parteras kichwas, incluido su profundo conocimiento botánico, residentes temporales que son generalmente estudiantes que van a hacer un trabajo concreto de prácticas y profesionales e investigadores. Las parteras que están de guardia son las encargadas de atender a pacientes que llegan con muy diferentes problemas, incluidas mujeres embarazadas, así como los partos. También preparan la comida para cada día, generalmente para ellas, pero también para las personas que utilizan su sala de eventos para hacer cursos de capacitación, y para estudiantes o investigadores visitantes que así lo soliciten. De esa manera, procuran obtener una financiación para el mantenimiento del gran espacio que es La Casa de la Vida.

Algunas asociadas habitan en sus comunidades locales, mientras que otras lo hacen en las afueras de Archidona o Napo. Todas ellas verbalizan el gran problema derivado de la radical transformación de su modo de vida tradicional, por las nuevas limitaciones de sus tierras determinadas por la presencia de colonos, las industrias extractivas y el establecimiento de zonas naturales protegidas, todo lo cual limita sus acceso a los recursos naturales de los que han vivido, exigiéndoles una forzada y acelerada integración en la economía de mercado, en la que no tienen formación ni oportunidades de conseguir un trabajo remunerado. Investigar las consecuencias culturales, ecológicas y sobre la salud resultantes de su integración en la economía de mercado completará la información existente (Doughty, 2010; Sorensen *et al.*, 2011) y nos permitirá, través de indicadores que se están sistematizando, evaluar la contribución de las parteras kichwas a la consecución de los objetivos de sostenibilidad relacionados con salud materna, pobreza y diversidad biocultural.

La percepción de las mujeres

A continuación, proporcionamos una primera aproximación de la vida reproductiva de las mujeres y su cambio generacional, de sus decisiones sobre cómo manejar sus embarazos y partos, de su conocimiento y uso de los dos sistemas de salud con los que

conviven, y, finalmente, de los aspectos considerados claramente positivos o negativos en uno u otro caso. La información se obtuvo a partir entrevistas individuales con parteras, aprendices de partera, y mujeres en edad reproductiva relacionadas de la red comunitaria de las parteras de AMUPAKIN, completadas con dos prolongadas reuniones de grupo, grabadas en su totalidad, en las que participaron todas ellas, algunas de sus parejas e investigadoras del proyecto. Se trataba de recoger información e intercambiar opiniones sobre dónde dieron a luz, por qué eligieron esa alternativa y la valoración comparativa del sistema tradicional de partería y el moderno sistema público a través de consideraciones positivas y negativas sobre ambos. En las entrevistas personales se recogió información cuantitativa y cualitativa más precisa sobre su vida reproductiva, lugar de residencia, estudios, situación laboral y profesional, entre otros aspectos.

Las madres que participaron, todas ellas kichwas bilingües, cubrían un rango de edad entre 20 y 45 años. Tres de ellas tenían estudios secundarios y residencia urbana, dos trabajaban en la administración sanitaria, y una no trabajaba fuera del domicilio. Las otras participantes provenían de comunidades rurales, trabajaban en sus *chacras* (huertos) y tenían educación primaria. Las parejas presentes también eran kichwas. Todas las mujeres iniciaron tempranamente su vida reproductiva, como ocurre en general en poblaciones indígenas de Amazonia (Bremner *et al.*, 2009) y tenían experiencia propia de atención sanitaria y partos tanto en el sistema público como con las parteras (una de ellas, que decidió ir al sistema público, dio a luz por el camino con una partera tradicional, que era su madre, y que le acompañó de vuelta a su comunidad tras el parto). En el resumen de valoraciones positivas y negativas de ambos sistemas habría que destacar la aceptación de la sanidad pública por estas mujeres, su valoración positiva de las infraestructuras y servicios que prestan (destacando las ecografías, la analítica y la infraestructura para partos de riesgo), valores que se contraponen con el trato afectuoso y continuado durante embarazo, parto y postparto, su habilidad para recolocar fetos mal posicionados, los remedios efectivos de *hierbitas* medicinales (siempre calientes), las comidas posteriores con sus alimentos tradicionales y servidas calientes, y la compañía de familia de la partería tradicional. Como ejemplo de la combinación de las aportaciones positivas de ambos sistemas, en el octavo mes acuden a hacerse una ecografía y, cuando por la posición fetal les informan las autoridades sanitarias que tendrán que hacerse una cesárea, acuden a las parteras para que se lo coloquen, tras lo cual irán a dar a luz a un centro sanitario.

Entre los aspectos negativos de la partería tradicional destacan la falta de medios técnicos si hay problema (aunque señalan que se suele identificar y derivar a centros clínicos), mientras que de los centros de salud consideran muy negativa la lejanía y difícil acceso para algunas comunidades, la realización de un número excesivo de cesáreas, el trato que reciben —profesionalmente correcto, pero sin calidad humana—, los problemas de comunicación (porque con frecuencia el personal no habla kichwa y no permiten el acceso de acompañantes bilingües), que las comida que reciben “no es la nuestra” y que siempre está fría.

Conclusiones

Ecuador se encuentra en una situación singular respecto al futuro de la partería tradicional, de su contribución a los avances registrados en los ODM y su futura contribución a los ODS por ser un país donde no existen parteras calificadas ni, por el momento, programas diseñados para su cualificación media o superior, en contraste con la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, en los cuales se ha cuantificado y evaluado el número, dedicación y tipo de sanitarios profesionales que tienen, siendo Ecuador uno de los dos países excluidos del informe (OMS, 2014). La existencia de asociaciones como AMUPAKIN —fundada “para desarrollar y fortalecer la cultura ancestral del pueblo Kichwa y desarrollar servicios de salud poniendo en práctica la medicina tradicional, natural y formal como un modelo intercultural”— tienen un importante valor estratégico, tanto para la consecución de los objetivos de sostenibilidad como para la integración multicultural de sus conocimientos y tradiciones ancestrales con los conocimientos científicos y valores actuales, lo que sin duda contribuirá al éxito de Ecuador como Estado multicultural. Por ello, consideramos esencial contribuir a su conocimiento, tanto en ambientes académicos como entre los ciudadanos en general.

Bibliografía

- BENARA, S. K. y CHATURVEDI S. K. (1990): “Impact of training on the performance of traditional birth attendants”, *Journal of Family Welfare*, n° 36, pp. 32-35.
- BREMNER, J. et al. (2009): “Fertility beyond the Frontier: Indigenous Women, Fertility, and Reproductive Practices in the Ecuadorian Amazon”, *Population and Environment*, n° 30, pp. 93-113.
- DE BROUVERE, V.; TONGLET, R. y VAN LERBERGE, W. (1998): “Strategies for reducing maternal mortality in developing countries what can we learn from the history of industrialized West?”, *Tropical medicine and International Health*, n° 3, pp. 771-782.
- DIETSCH, E. y MULIMBALIMBA-MASURURU, L. (2011): “Learning lessons from a traditional midwifery workforce in Western Kenya”, *Midwifery*, n° 27, pp. 324-330.
- DOUGHTY, C.; LU, F. y SORENSEN, M. (2010): “Crude, Cash and Culture Change: The Huaorani of Amazonian Ecuador”, *Consilience, the Journal of Sustainable Development*, n° 4, pp. 18-32.
- FLEMING, J. R. (1994): “What in the world is being done about TBAs? An overview of international and national attitudes to traditional birth attendants”, *Midwifery*, n° 10, pp. 142-147.
- GARCIA, S. (2005): “AMUPAKIN. Casa para la vida. Sistematización de la Experiencia de la Asociación de Mujeres Parteras Kichwas del Alto Napo”, *Colección Proyectos Cruz Roja Ecuatoriana*.
- GONZÁLEZ, D. y CORRAL, J. (2010): “Informe de la consultoría preparada por CHS para UNFPA/Ecuador: Definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador”, Center for Human Services, CHS/Ecuador.

- JOKHIO, A. H.; WINTER, H. R. y CHENG, K. K. (2005): "An Intervention involving traditional birth attendants and perinatal and maternal mortality in Pakistan", *New England Journal of Medicine*, nº 352, pp. 2091-2099.
- KRUSKE, S. y BARCLAY, L. (2004): "Effect of Shifting Policies on Traditional Birth Attendant Training", *Health*, nº 49, pp. 306-311.
- LU, F. (2007): "Integration into the Market among Indigenous Peoples: A Cross-Cultural Perspective from the Ecuadorian Amazon", *Current Anthropology*, nº 48, pp. 593-602.
- MCKORMACK, C. P. (1983): "Health, fertility and Birth in Moyamba Distric, Sierra Leone", en C. P. Mackormack, *Ethnography of fertility and birth*, Academic Press, Londres, pp. 115-140.
- OMS (1979): "Guía práctica del adiestramiento, la evaluación y la articulación de este personal en los servicios de salud", *Publicaciones en offset*, nº 44, p. 109.
- (1993): Parteras tradicionales. Declaración conjunta OMS, FNUAP, UNICEF. Ginebra, p. 19.
- (2014): "El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer", FPNU, International Confederation of Midwives, OMS, p. 219.
- ROOSTA, M. (2003): *Salud materna en contexto de Interculturalidad, Estudio de los pueblos Aymara, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui*, OMS, OPS, UNFPA, Colección 30 aniversario, La Paz, p. 354.
- SAI, F. T. y MEASSHAM, D. M. (1992): "Safe motherhood initiative: getting our priorities straight", *Lancet*, nº 339, pp. 478-480.
- SIBLEY, L. y SIPE, T. (2004): "What can meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes? Midwifery", nº 20, pp. 51-60.
- (2006): "Transition to Skilled Birth Attendance: Is There a Future Role for Trained Traditional Birth Attendants", *Journal of Health, Population and Nutrition*, nº 24, pp. 472-478.
- SORENSEN, M. et al. (2011): "A Cross Cultural Study of Integration to the Market and Indigenous Health in the Ecuadorian Amazon", *American Journal of Human Biology*, nº 23, p. 278.
- WHO (1978): "Alma-Ata: Primary health care, in health for all", series nº 1, Ginebra, p. 3.
- (1990): "Maternal Health and Safe Motherhood Program: Progress report 1987-1990", WHO/MCH/90, Ginebra, p. 79.
- WHO, UNICEF, UNFPA (2002): "Maternal mortality in 2000: Estimates by WHO, UNICEF and UNFPA", World Health Organization, Geneva, p. 39.