

LAS PARTERÍAS TRADICIONALES EN AMÉRICA LATINA

Cambios y continuidades ante un etnocidio programado



Rafael Alarcón Lavín • Toci Alejandra Alarcón Salazar • Diana Álvarez Romo
• Valentina Arana Miranda • María José Araya Morales • Thais Brandão
• Sylvia M. Casillas Olivieri • Mounia El Kotni • Irazú Gómez
• Amaranta Moral Sosa • Judith Ortega Canto
• Patrizia Quattrocchi • Veronika Sieglin

Luscinia C.E.

LAS PARTERÍAS TRADICIONALES EN AMÉRICA LATINA

Cambios y continuidades ante un etnocidio programado



Rafael Alarcón Lavín • Toci Alejandra Alarcón Salazar • Diana Álvarez Romo
• Valentina Arana Miranda • María José Araya Morales • Thais Brandão
• Sylvia M. Casillas Olivieri • Mounia El Kotni • Irazú Gómez
• Amaranta Moral Sosa • Judith Ortega Canto
• Patrizia Quattrocchi • Veronika Sieglin

Luscinia C.E.

**Las parterías tradicionales en América Latina:
cambios y continuidades ante un etnocidio programado**

© Rafael Alarcón Lavín, Toci Alejandra Alarcón Salazar, Diana Álvarez Romo, Valentina Aranda Miranda, María José Araya Morales, Thais Brandão, Sylvia M. Casillas Olivieri, Mounia El Kotni, Irazú Gómez, Amaranta Moral Sosa, Judith Ortega Canto, Patrizia Quattrocchi, Veronika Sieglin y Editorial Luscinia C.E.

Editorial Luscinia C.E.
San Juan, Puerto Rico

Primera edición: abril 2021

@ lusciniace@gmail.com

👍 <https://www.facebook.com/luscinia.ce>

Revisión editorial: Paulina Torres

Corrección de estilo: Ana María Carrillo Farga, Hugo Rodas Moreno
y Sylvia Casillas Olivieri

Diseño y diagramación: Cactus Design, Inc.

Foto de portada: Diana Álvarez Romo y Litay Ortega Hueso

ISBN: 978-1-944352-29-5

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

AGRADECIMIENTOS

*Las autoras agradecen a todas las parteras tradicionales
que con sus pensamientos, palabras y acciones
participaron en el parto de este libro colectivo.*

*A Ana María Carrillo Farga, Hugo Rodas Moreno y
Sylvia Casillas Olivieri por la corrección de estilo*

A Paulina Torres por la revisión editorial

*A Mario Espinosa González por el diseño de portada y
diagramación del libro*

*A Diana Álvarez Romo y Litay Ortega Hueso por la
foto de portada*

*A la editorial Luscinia C.E., de Puerto Rico, por creer en
la lucha de las parteras tradicionales de América Latina e
involucrarse en la edición de esta obra*

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
INTRODUCCIÓN.....	9
I. MECANISMOS DEL ETNOCIDIO	21
EL ETNOCIDIO DE LA PARTERÍA TRADICIONAL INDÍGENA TSELTAL- TSOTSIL ¿MAQUINACIÓN DE UNA PROFECÍA AUTOCUMPLIDA?	23
<i>Rafael Alarcón Lavín</i>	
DE UN SISTEMA DE TRANSMISIÓN MATRILINEAL DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA PARTERÍA TRADICIONAL INDÍGENA A LA COOPTACIÓN INSTITUCIONAL DE SUS SABERES Y SU TRABAJO.....	69
<i>Valentina Arana Miranda</i>	
DE LA PARTERÍA TRADICIONAL A LA PARTERÍA MODERNA: SOBRE CONTINUACIÓN Y RUPTURA EN UN OFICIO TRADICIONALMENTE FEMENINO EN EL NORESTE DE MÉXICO	95
<i>Veronika Sieglin</i>	
EL DESPLAZAMIENTO DE LAS COMADRONAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO EN PUERTO RICO, 1930-1970	119
<i>Sylvia M. Casillas Olivieri</i>	
POLÍTICAS MODELADORAS HACIA LA PARTERÍA INDÍGENA EN EL SURESTE MEXICANO.....	145
<i>María José Araya Morales</i>	
LAS PARTERÍAS TRADICIONALES INDÍGENAS DE MÉXICO: UNA APROXIMACIÓN A SU EXCLUSIÓN SOCIAL Y DESAPARICIÓN DESDE LA ÉTICA Y LA BIOÉTICA	165
<i>Toci Alejandra Alarcón Salazar y Rafael Alarcón Lavín</i>	
DISPOSITIVOS DE SABER-PODER. PARTERAS TRADICIONALES Y EL PROCESO MEDICALIZADOR EN EL SURESTE DE MÉXICO	185
<i>Irazú Gómez</i>	

LA CAPACITACIÓN DE PARTERAS TRADICIONALES EN CHIAPAS: UN MECANISMO DE GOBERNANZA REPRODUCTIVA 203

Mounia El-Kotni

NACER EN LA MITAD DEL MUNDO. PARTERÍA Y SABERES PARA EL CUIDADO REPRODUCTIVO EN LA PROVINCIA DE PICHINCHA, ECUADOR..... 235

Diana Álvarez Romo

II. VALIDACIÓN DE LAS PARTERÍAS TRADICIONALES..... 257

EL SABER DE LAS PARTERAS MAYAS DE YUCATÁN: EJE DE CULTURA A FAVOR DE LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS OBSTÉTRICOS Y LAS MUERTES MATERNAS..... 259

Judith Ortega Canto

RESISTIR A LA MEDICALIZACIÓN INNECESARIA: LA EXPERIENCIA DE LAS PARTERAS MAYAS DE YUCATÁN (MÉXICO)..... 285

Patrizia Quattrocchi

LA ATENCIÓN PRENATAL DE LA PARTERÍA TSOTSIL/TSELTAL ANTE LOS RIESGOS DE MUERTE MATERNA 323

Rafael Alarcón Lavín

III. LEGISLACIÓN Y PARTERÍAS TRADICIONALES 357

DIÁLOGOS ALREDEDOR DE LAS LEYES Y LAS PRÁCTICAS DE INCLUSIÓN DE LA PARTERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR 359

Thais Brandão y Amaranta Moral

SEMBLANZA DE AUTORAS 381

PRÓLOGO

¿Por qué el trabajo de parto de una obra puede tornarse en una guerra difícil y, algo sorprendente, su nacimiento puede despertar una fructífera polémica social? La única respuesta que encontramos: porque las circunstancias de su concepción, embarazo, trabajo de parto y expulsión fueron por demás adversas.

Una condición fue la idea de que la temática debería develar y dar a luz los mecanismos que el paradigma biomédico mundial está utilizando para desaparecer las parterías tradicionales de este planeta e imponer una única: la partería profesional. Así que el presente volumen nació remando a contracorriente de este paradigma, y de las instancias y personas que lo apoyan e impulsan explícita o implícitamente.

Otro obstáculo en el descenso y expulsión de nuestra obra/niña fue la interpelación, “autorizada” intelectualmente: “¿Para qué luchan por la subsistencia de las parterías tradicionales si ya están desapareciendo?” ¿Acaso están desapareciendo o las están desapareciendo?

Una distocia adicional fue la deserción tardía de quien solicitamos escribiera la introducción, aduciendo no comulgar con la línea teórica de algunos capítulos. Si el cordón umbilical que une a esta obra con la sociedad es, precisamente, la discrepancia, la polémica, la reflexión para provocar la transformación colectiva, para que “algo diferente suceda” en torno al proceso reproductivo femenino, por consiguiente, la introducción no debería ser la excepción.

Esta obra, la recién nacida, quiere convocar, provocar y exigir un nuevo diálogo entre las mujeres, parteras y el Estado. Este diálogo, como acostumbran las abuelas parteras, debe ser abierto, sincero,

franco y respetuoso; sin falsedades y engaños. Debe tener como finalidad tratar, entre todas, de entender, de desenmarañar la madeja en la que nos han metido y estamos enredadas.

Esta es nuestra propuesta para amamantar y nutrir a esta nueva lactante foliada, y a las que saltarán desde miles de mentes femeninas y/o feminizadas, para coadyuvar a desaparecer la violencia obstétrica, para evitar el dolor provocado y el sufrimiento innecesario. Es nuestro deseo que haya muchos partos felices, múltiples lugares donde parir y un gran abanico de acompañantes para escoger.

diciembre 2020

Las autoras, recién parturientas

INTRODUCCIÓN

Etnocidio: acto de destrucción de una civilización

ROBERT JAULIN

Los etnocidios son procesos sociales de lenta y larga duración, por lo que transitan casi “invisibles” para una nación y ligeramente percibidos para un número importante de los conjuntos sociales en los que se lleva a cabo el desplazamiento, transformación y/o desaparición de uno o varios de sus elementos culturales. El caso del proceso de desaparición de las parterías tradicionales prehispánicas y poshispánicas en América Latina es uno de ellos.

Es importante aclarar que, en el devenir temporal, la multiplicidad de interrelaciones biológicas y culturales en América Latina ha generado un número mayor de perfiles de partería tradicional; en ese sentido, esta obra colectiva se refiere a cuatro perfiles, a saber: las parterías tradicionales originarias (pre y poshispánicas), la mestiza, la criolla, y la negra/afroamericana (poshispánicas). Las tres últimas son el resultado de la interacción de elementos biológicos y culturales importados de Europa (básicamente de España) y del continente africano con elementos de las parterías tradicionales prehispánicas.

Paulatina, irregular y retroactivamente los mismos perfiles de partería generados por esta hibridación biocultural intervinieron directa e indirectamente en el desplazamiento de los remanentes de las parterías prehispánicas, que fueron parte de su origen. Empero, acompañando a esta mezcla de parterías, los procesos sociales (ideológicos, económicos y políticos) también jugaron (juegan) un

papel importante en el acelerado etnocida. La inquisición, el sistema patriarcal con su misoginia y empoderamiento médico, pero también ciertos feminismos, la acumulación de capital en variadas formas y por múltiples actores, las ordenanzas, legislaciones, normas y reglamentaciones sanitarias son algunos de los mecanismos mencionados en esta monografía utilizados para confiscar, disipar y/o desaparecer las parterías poshispánicas en la Nueva España y en la posterior América.

Si hipotéticamente nos ubicamos en la época inmediatamente previa a la invasión hispánica, específicamente en la región del “México Central” que contaba con 25 millones de habitantes según el grupo de Berkeley (Lipschutz, 1996), podemos deducir que un porcentaje elevado de nacimientos eran atendidos por parteras originarias en la casa de la embarazada. Esto ha cambiado. Dos indicadores transtemporales de la desaparición de saberes y prácticas de las parteras tradicionales poshispánicas son ilustrativos: Uno corresponde a la atención del parto “por partera” o “por médico”. En 2017, en México, las parteras atendieron 25 265 partos, en comparación con los 2 023 680 atendidos por médicos. En otros países de Latinoamérica se reportaron 347 partos de mujeres mexicanas, de los cuales cinco fueron atendidos por partera y 342 por médico. En Estados Unidos de Norteamérica se reportan 115 partos de mujeres mexicanas, todos atendidos por médico (Secretaría de Salud, 2019).¹ El otro indicador en México, denominado “partos atendidos en casa” de la embarazada, ha disminuido. En 2008 se atendieron 36 934 partos. Sin embargo, en 2019, tras una disminución sostenida, se atendieron solo 8 803 partos en casa (Secretaría de Salud, 2019a). Si revisamos las estadísticas de otros países latinoamericanos, y de algunas regiones de estos, observamos un porcentaje sumamente elevado de partos hospitalarios atendidos por médicos en comparación con los partos

¹ Estas cifras se obtuvieron a partir de los certificados de nacimiento del Registro Civil, cuya expedición es negada a los familiares si no presentan la Constancia de Atención al Parto, extendida por una partera tradicional previamente capacitada y certificada por el sector salud. En reuniones de evaluación, parteras tradicionales han expresado que los partos atendidos por ellas han sido reportados como acciones de médicos pertenecientes al sector salud.

atendidos en casa por partera (OPS, 2007; INEGI, 2018).²

Pero, también, se debe reconocer que la historia de este etnocidio está imbuida de mecanismos de resistencia por parte de las comunidades originarias en general y de las parteras poshispánicas en particular. Las guerras por eliminar la esclavitud y el despojo de los territorios de los pueblos originarios y/o sus descendientes, así como el retraimiento hacia la práctica clandestina de las parterías poshispánicas son únicamente dos ejemplos.

En América Latina existen trabajos valiosos en las áreas de la salud pública, medicina social, salud colectiva o antropología médica con abordajes misceláneos sobre temas de las parterías tradicionales: validación de saberes y prácticas, relaciones con el sector salud y la sociedad en general, incluso, sobre mecanismos de su etnocidio. Empero, este estado del arte tiene la característica de ser disperso o concentrado en obras que incluyen mezclas heterogéneas de líneas de investigación.

La mayoría de las investigaciones de este libro colectivo se gestaron y se produjeron a raíz de una temática específica y situación concreta: el reconocimiento, por parte de las autoras, de la inminente desaparición de las parterías tradicionales en el mundo, acelerada a principios del siglo XX y continuada hasta el XXI. El objetivo general se estructuró en la idea de impulsar las parterías tradicionales en donde aún existen. Para tal propósito se generaron tres objetivos particulares. El primero consiste en develar los mecanismos ideológicos y prácticos utilizados para asimilar, desplazar, y desaparecer las parterías tradicionales. El segundo pretende validar las parterías tradicionales utilizando la multidisciplina o interdisciplina. El tercero logra enfocar las parterías tradicionales desde la esfera legislativa. Del total de los trece artículos reunidos, diez abordan el primer as-

² Uruguay, Chile y Argentina, entre veinte países que refiere la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se ubican entre el 95 y 99.8% de partos atendidos en instalaciones hospitalarias por “personal especializado”. En este mismo rango ubicamos a los estados mexicanos siguientes: Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Sonora, Baja California Sur y Colima. Cabe aclarar que, en algunos de estos países, las parteras profesionales y grupos feministas están impulsando el “parto humanizado” en las unidades hospitalarias.

pecto (la organización social de la desaparición de las parterías); dos se ocupan de la validación de los saberes de las parteras tradicionales, sin dejar de puntualizar algunos elementos que develan los mecanismos del etnocidio y; uno se acerca a las parterías tradicionales desde el ámbito legislativo. Las experiencias e investigaciones de campo y revisiones se ubican en México (10), Ecuador (2), y Puerto Rico (1).

Las autoras, doce mujeres y un hombre, tienen experiencias prácticas y teóricas sobre la temática. Algunas han ocupado puestos de dirección en instituciones de investigación relativas a la materia abordada. Sus relaciones con las parterías tradicionales fueron (son) directas; incluso, algunas de ellas practican la partería en diferentes patrones como una forma de acompañamiento al proceso reproductivo femenino. Su pensamiento y activismo en pro de que sobrevivan y convivan el mayor número de parterías posibles en América Latina son dos constantes que, implícita o explícitamente, están vigentes a lo largo de los trece capítulos.

En su revisión bibliográfica Rafael Alarcón hace un recorrido histórico del siglo XVI al XXI, y geográfico de Europa-América-Europa, explicando algunos mecanismos determinantes del etnocidio de las matronas y parterías tradicionales que se generan a través de las transacciones entre estas y algunas ciencias bio-exactas: medicina, biología, física, química y matemáticas; y con dimensiones propiamente sociales: jurídica, religiosa, expresión misógina, económica y pedagógica. Un elemento novedoso de abogacía, y de importancia actual, es la develación de la intervención extranjera en este etnocidio a través de la Fundación MacArthur en México. Concluye con algunas recomendaciones y propuestas.

La tesis central de Valentina Arana Miranda, en su investigación de campo en el municipio indígena tseltal Tenejapa, Chiapas, reza: "...los saberes y prácticas de la partería tradicional indígena han sido, desde sus inicios, transmitidos por vía matrilineal, de abuela a madre e hija". Afirma que la fuerza de esta matrilinealidad ha estado sujeta al grado de reconocimiento, respeto y autoridad de las mujeres por parte de sus comunidades, así como con su relación sagrada

con la Tierra y las fuerzas de la naturaleza; empero, el colonialismo acentuó el patriarcado y este la incorporación de las comunidades indígenas a la economía capitalista y a la expansión de servicios públicos, promoviendo la suplantación de la transmisión matrilineal de los conocimientos y de la relación de los pueblos con la naturaleza. Esta substitución de las vías de transmisión matrilineal, por capacitaciones biomédicas diseñadas sin conocimiento ni respeto de las formas en las que se ha reproducido la partería tradicional indígena, constituye en sí un acto de violencia. Concluye que borrar y destruir, antes de entender, con el fin de imponer una nueva lógica y nuevas prácticas, ha sido un error reiterado en muchos campos que se ha cometido en aras de la ciencia. Y advierte “Si las parteras indígenas desaparecen, ni los recuerdos nostálgicos ni el arrepentimiento serán útiles para compensar lo que se ha destruido”.

Un caso paradigmático de la desaparición de las parterías tradicionales aconteció en las décadas de 1970 a 1990 en el estado mexicano de Nuevo León. En una investigación de campo basada en entrevistas profundas con 36 parteras tradicionales, Veronika Sieglin analiza los mecanismos puestos en marcha por el Estado mexicano para desplazar y finalmente desaparecer la partería tradicional en las zonas rurales. Las estrategias pretendían, por un lado, disecar la demanda por los servicios de partería de las mujeres rurales al presentar a la partería tradicional como una práctica altamente riesgosa, insalubre e irresponsable. Por otra parte, se intentó desalentar a las propias parteras tradicionales de continuar prestando sus servicios. Se prohibió la continuación del ejercicio a todas las parteras que no tomaran los cursos de adiestramiento impartidos desde la perspectiva biomédica por las autoridades sanitarias estatales y federales. El estudio presentado aquí hace un análisis del impacto de estos cursos de capacitación en las identidades y la subjetividad de las parteras incorporadas. La autora sostiene que no cumplieron una mera función informativa, sino que constituyeron un ejercicio de colonización de las conciencias para lograr, en el primer momento, la subordinación de las parteras al mando de la autoridad sanitaria, y en el segundo,

su desistimiento a seguir su oficio. Por ello, se propone develar “la manera en cómo se instalan los dispositivos políticos en el aparato psíquico de los sujetos sociales”. Demuestra que los mecanismos psicosociales utilizados subvirtieron posibles resistencias de parte de las parteras al hacerlas partícipes de este etnocidio y convertirlas en un baluarte de la biomedicina en la atención a partos en el campo neoleonés.

Siguiendo las pistas de los casos paradigmáticos de desaparición de las parterías en América Latina nos trasladamos hasta las décadas de 1930 a 1970 en Puerto Rico. En un marco de transformaciones sociales, económicas y políticas, coincidentes con la imposición de una política de la modernidad sanitarista y positivista estadounidense, Sylvia Casillas Olivieri da cuenta de la erradicación de las “comadronas” mestizas, criollas y negras/afrodescendientes en esa nación caribeña, que coincide con los mecanismos de desaparición de las parteras tradicionales en el estado de Nuevo León, México. Casillas analiza, para Puerto Rico, “cómo el discurso médico y estatal durante esas décadas evidenció el discrimen hacia las “comadronas” y se erigió como el conocimiento legítimo frente al conocimiento de estas, quienes por siglos habían estado a cargo del cuidado reproductivo femenino”. Esta investigación de corte histórico nos deja como aprendizaje que los países y personeros pueden cambiar, pero los mecanismos del etnocidio de las parterías tradicionales en América Latina, y tal vez en el mundo, son similares.

En la Organización de Médicos (y parteras) Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), María José Araya Morales investiga y da cuenta de las amenazas y tensiones a que se enfrentan las parteras indígenas tradicionales de las etnias tseltal y tsotsil para dar curso a su oficio ancestral en la región sureste de México. Expone en forma específica la situación que ha acontecido con estas parteras, quienes experimentan las presiones que se generan desde el modelo neoliberal para la integración y apropiación de sus conocimientos. Por una parte, las parteras afrontan estas presiones desde las políticas de salud que buscan la integración de sus conocimientos mientras que

desde las políticas económicas vinculadas a la mercantilización de la biodiversidad se plantea la apropiación de sus saberes vinculados estrechamente a sus territorios, específicamente los recursos terapéuticos herbolarios utilizados en el acompañamiento del proceso reproductivo femenino y en la atención de las hijas e hijos de las mujeres indígenas. La producción/reproducción de los saberes tradicionales que detentan las parteras indígenas se vinculan a cosmovisiones integrales y tradicionales que han operado históricamente de manera solidaria, brindando el equilibrio y bienestar comunitario. Araya afirma que “es relevante evidenciar y denunciar los mecanismos y estrategias que atentan en contra de la perpetuación de sus saberes como un legado patrimonial y estratégico para la vida misma”.

Aproximarse a la aculturación, desplazamiento y desaparición de las parterías tradicionales indígenas, desde la “dimensión ética del ser humano” y la bioética, es un ejercicio casi inédito en el estado del arte de las indagaciones sociomédicas. Para esta reflexión, Toci Alarcón y Rafael Alarcón hacen el ejercicio de relacionar testimonios de parteras tradicionales indígenas de las etnias mayenses tsotsil y tseltal del estado mexicano de Chiapas, con cuatro conceptos de la ética y la bioética: realizar “el bien”, dignidad de la persona, autonomía/libertad, y conciencia. Más que afirmaciones contundentes, la autora y el autor advierten que “a partir de las reflexiones y argumentaciones, formularemos preguntas con el propósito de generar otras interrogantes o respuestas en otros tiempos y exploraciones epistémicas”.

Irazú Gómez y Mounia El Kotni, en trabajos separados, con marcos teóricos y autores diferentes, llegan a conclusiones que pueden ser ligadas coherentemente. Ambas investigaciones están centradas en parteras tradicionales que laboran en una clínica pública de segundo nivel de atención médica ubicada en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Gómez, mediante la utilización de los conceptos anatomopolítica y biopolítica (Foucault), demuestra que estas parteras están inmersas en “relaciones de poder”; del poder médico que fuerza sutilmente, utilizando ciertos dispositivos/mecanismos, la internalización de discursos y saberes autorizados en la subjetividad

de las parteras tradicionales, teniendo como impacto la modificación y regulación medicalizadas de sus saberes, pero también de sus prácticas.

En la misma dirección, El Kotni verifica que este poder se ejerce a través de “mecanismos de gobernanza reproductiva” (Morgan y Roberts), cuyo control, dominio y desplazamiento de saberes y quehaceres se lleva a cabo a través de un proceso pedagógico que se implanta y objetiva en cursos de capacitación biomédica, productores de una secuela que no solo limita las posibilidades de atención de las parteras tradicionales, sino la decisión de las mujeres embarazadas a optar por un acompañamiento no medicalizado. Ambos mecanismos de poder explicitados por las autoras tienen como objetivo principal asimilar, relegar o desaparecer a estas parteras tradicionales.

Algunos de los mecanismos históricos de la transformación de las parterías tradicionales en su conducción al etnocidio, mencionados anteriormente para México y Puerto Rico, también son implantados en otros países de América Latina. Desde Ecuador, Diana Álvarez Romo se pregunta ¿cómo se ha transformado el oficio de la partería en esta región andina? Especialmente en las dos últimas décadas en que el Estado ecuatoriano ha procurado normar y medicalizar el parto. ¿Qué saberes y trabajos para el cuidado reproductivo practican actualmente las parteras y qué sucede con la transmisión de sus conocimientos? Para responder a estas preguntas, Álvarez identifica tres componentes: los relatos de vida de tres parteras (dos urbanas y una partera tradicional que atiende a personas indígenas y campesinas de las localidades rurales); los cambios sociales y en materia de políticas públicas en salud que históricamente han tendido hacia el control de los saberes reproductivos femeninos; y los aportes teóricos de los estudios de género. Mediante la vinculación de estos componentes, Álvarez explica el fenómeno de transformación de los saberes y trabajos de cuidado reproductivos en sus distintas escalas, desde lo personal de la vida cotidiana de las mujeres hasta las políticas públicas derivadas de los Objetivos del Milenio.

Judith Ortega Canto logra reconstruir las relaciones y represen-

taciones sociales sobre del proceso reproductivo femenino de tres generaciones de mujeres mayas y sus parejas, de parteras tradicionales, y del personal oficial de salud. Con esta articulación le fue posible sopesar: las vivencias de las parteras en su relación con representantes del sector salud, el efecto de las ausencias culturales principalmente en las terceras generaciones, la aparición de cuadros de baja autoestima y posible depresión ante la violencia de género ejercida por los esposos sobre las mujeres jóvenes, los cuadros de violencia obstétrica en los servicios de salud, la casi nula influencia de las parteras sobre la conducta de los hombres durante el proceso reproductivo, la presencia de un elevado número de cesáreas, la pérdida de un ritual de cuidado a los cuerpos que han parido y de cuidados a los recién nacidos. Devela el hecho de que la creciente imposición de una visión social medicalizada, por parte del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez) y el consecuente desplazamiento de las parteras tradicionales mayas, ha debilitado un sistema protector que enaltecía la vida de relación, el conocimiento del cuerpo, la relación empática de los hombres con sus parejas, el consejo genético, los síndromes culturales que alertan lo que hay que prevenir (cesáreas por ejemplo), o diagnosticar a tiempo para evitar muertes inminentes. Esta “inteligencia social” de las parteras tradicionales, que va de la mano con la relación transaccional de la gente con los servicios oficiales de salud, está siendo expoliada entre los mayas del estado mexicano de Yucatán. Por último, propone alternativas de solución que pueden coadyuvar a menguar el etnocidio programado de la partería tradicional maya.

En la línea de validación de las parterías tradicionales, pero sin dejar de lado elementos de su etnocidio, Patrizia Quattrocchi afirma que a partir de los “Objetivos del Milenio”, las parteras indígenas en todo el mundo han visto cuestionado su papel y saber en la atención del embarazo, parto y puerperio por no cumplir con la definición de “profesional calificado”, misma que ha sido empleada por la Organización Mundial de la Salud; y, por no ofrecer, por lo tanto, un parto considerado “de calidad”. Quattrocchi debate, desde

un enfoque crítico y a partir de la experiencia de las parteras mayas de Yucatán, las directrices internacionales emanadas en las últimas décadas al respecto. Al mismo tiempo realiza, durante nueve años (2000-2009), investigaciones antropológicas e investigación/acción participativa, teniendo como núcleo principal la *sobada* que practican las parteras mayas durante el embarazo. Los resultados demuestran cómo la *sobada* pre y postnatal efectuada por las parteras a las mujeres embarazadas y a las puérperas —práctica muchas veces devaluada o considerada una simple “creencia” por el observador externo (sea el médico, el funcionario u otra persona que desconoce la concepción local del cuerpo, del proceso reproductivo y de la salud y la enfermedad)— expresa, al contrario, múltiples significados que tienen que ver tanto con la elaboración y transmisión de los saberes locales sobre el cuerpo y la reproducción, así como con la capacidad de resistencia cultural de estos saberes frente a conocimientos cada vez más globalizados y hegemónicos, como son los de la biomedicina. La refuncionalización de la *sobada* frente a la medicalización del proceso reproductivo que se analiza en el trabajo permite reconducir el tema de la “calidad” del parto y de la partera que lo atiende desde múltiples dimensiones (bio-psico-sociales y culturales) que caracterizan este proceso; y que no son contempladas en una definición de “profesional calificado” ajena a la comunidad, y enfocada desde una visión técnica y reduccionista de este. El discurso de las parteras con respecto de la *sobada* constituye un interesante ejemplo de elaboración de un dispositivo de resistencia cultural y profesional, capaz de defender una visión propia del embarazo, parto y nacimiento, y un papel social insustituible en las comunidades mayas. A partir de esta investigación se produjeron materiales gráficos, audiovisuales y material escrito.

Con el mismo objetivo de validar los saberes y prácticas de las parteras tradicionales indígenas mayenses (*j'ílol* ó *ílol*) de Chiapas, Rafael Alarcón Lavín se enfoca en la atención prenatal. La idea que subyace en este trabajo es que la atención prenatal que practican las parteras mayenses actúa y coadyuva como un mecanismo de refuer-

zo de la resistencia (o afrontamiento) materna a factores de riesgo biosociales que pueden encaminar a la dislocación del proceso fisiológico del parto y puerperio y, como consecuencia, conducir a una muerte materna. Mediante una revisión bibliográfica y testimonios de parteras *iloles* tsotsiles y tseltales, reconstruye la evolución sociobiológica del proceso de iniciación de estas parteras a través de los sueños. Asimismo, utilizando la teoría de las Inteligencias Múltiples (Gardner) ligadas a testimonios y casos concretos de prácticas parteriles, explica cómo estas parteras desarrollan cinco Inteligencias: lingüística, cinestésicocorporal, personal, interpersonal, y naturalista, que son aplicadas magistralmente en la atención del periodo prenatal. Finalmente, propone diseñar investigaciones, programas y proyectos, sobre parterías tradicionales y sus riesgos, retomando la metodología multi o interdisciplinaria cuali-cuantitativa, así como un método pedagógico/cultural para la reproducción de las parteras tradicionales indígenas mayenses.

Finalmente, dentro de la temática del tercer objetivo particular, desde Ecuador, Thais Brandão, quien es doula y además activista de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y Amaranta Moral, antropóloga visual y docente, presentan las contradicciones del ámbito legislativo para coadyuvar a mejorar las relaciones entre las parterías y el Estado ecuatoriano en sus políticas públicas sobre la salud reproductiva de las mujeres. Demuestran el devenir de las relaciones entre la partería y el sistema nacional de salud —en el periodo 2008/2016— mediante el análisis de leyes, normativas y documentos oficiales contrastados con entrevistas a personas claves en el ámbito de la atención al parto y la salud intercultural en Ecuador. Con estos elementos plasman algunas sugerencias para mejorar las dinámicas entre parteras y el actual sistema de salud, con el fin de brindar lineamientos para el trabajo independiente y conjunto de ambos saberes, con miras al beneficio de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). *Características de los nacimientos registrados en México durante 2017*. <https://bit.ly/3dOxCLY>
- Lipschutz, A. (1966). La despoblación de las Indias después de la conquista. *América Indígena*, XXVI(3), 229-247. <https://bit.ly/2YoD69V>
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Salud en las Américas 2007*. Publicación Científica y Técnica No. 622. Tabla, Objetivo 5. Mejorar la salud materna meta: reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes. Gráfico, Partos (%) con asistencia de personal sanitario especializado, América Latina y el Caribe, 2000. <https://bit.ly/30Jz9zt>
- Secretaría de Salud. (2019). Tabla 5, Nacidos vivos por entidad de residencia de la madre según tipo de resolución del embarazo, 2017. *En Nacimientos 2017-SINAC*. <https://bit.ly/30Bpuuv>
- _____. (2019a). Tabla de datos. Lugar donde ocurrió el nacimiento- Nacional. [sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/GenerarTabla?titulo=Lugar donde ocurrió el nacimiento- Nacional. href=/tablero/nacimientos/residencia/nacimientos_lugardenacimientos_porentidad_res/20082018_nacimientos_lugardenacimiento_porentidad_res.xlsx&ruta=/tablero/nacimientos/residencia/nacimientos_lugardenacimientos_porentidad_res/2008-2018_nacimientos_lugardenacimiento_porentidad_res.xlsx&choja=Nacional&adicionalesTitulo=NACIONAL](https://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/GenerarTabla?titulo=Lugar%20donde%20ocuri%C3%B3%20el%20nacimiento&href=/tablero/nacimientos/residencia/nacimientos_lugardenacimientos_porentidad_res/20082018_nacimientos_lugardenacimiento_porentidad_res.xlsx&ruta=/tablero/nacimientos/residencia/nacimientos_lugardenacimientos_porentidad_res/2008-2018_nacimientos_lugardenacimiento_porentidad_res.xlsx&choja=Nacional&adicionalesTitulo=NACIONAL)

I. MECANISMOS DEL ETNOCIDIO

EL ETNOCIDIO DE LA PARTERÍA TRADICIONAL INDÍGENA
TSELTAL-TSOTSIL
¿MAQUINACIÓN DE UNA PROFECÍA AUTOCUMPLIDA?

*A doña Margarita Pérez Pérez,
partera sabia tsotsil, guerrera ilol y maestra*

RAFAEL ALARCÓN LAVÍN

INTRODUCCIÓN

Las parterías tradicionales en México, como prácticas culturales terapéuticas efectivas, están transitando por un etnocidio inducido, programado y tolerado socialmente. Al etnocidio, Robert Jaulin lo define como: “el acto de destrucción de una civilización...” (Ordóñez, 1996, p. 28) o parte de ella. Mi objetivo en este trabajo es, a través de una revisión teórica, coadyuvar al esclarecimiento de los mecanismos determinantes que han incidido, e inciden, en este etnocidio. Más que demostraciones contundentes, deseo generar propuestas y provocar debate, para avanzar en la comprensión e incidencia de este fenómeno indeseable.

Para ubicarnos en el tema defino y desarrollo los principales conceptos utilizados: partera, parterías, parterías tradicionales, parterías prehispánicas y poshispánicas, partera indígena tradicional, parte-

ra *ilol*, comadrona, medicina, biomedicina y paradigma biomédico mundial.

Siguiendo a Federici (2017) quien, a su vez, se apoya en la teoría de Luciano Parinetto¹ (p. 313), hago un análisis social e histórico, haciendo énfasis en los siglos XVI al XXI, de los mecanismos utilizados en Europa, exportados hacia América y reciclados nuevamente hacia Europa, para desarticular y desaparecer las parterías pre y pos hispánicas y las parterías europeas, a través de interacciones de estas parterías con ciencias bio-exactas: medicina, biología, física, química y matemáticas; y con dimensiones propiamente sociales: jurídica, religiosa, expresión misógina, económica y pedagógica (Ramosé, 2016, p. 152)². Enfatizo los hechos históricos por medio de los cuales estas ciencias y dimensiones sociales, mediadas por mecanismos ideológicos de poder, implicaron para las parterías tradicionales tanto la eliminación física de sus integrantes como la estigmatización, condena, desplazamiento, suplantación, confiscación, reformulación y desaparición de saberes, prácticas e instrumentos y, como impacto irreversible, la desarticulación y desaparición de las matronas originarias en Europa, la desaparición parcial de las parterías prehispánicas y la paulatina desarticulación de las parterías poshispánicas.

En cambio, en este proceso, la medicina ha sido nutrida evolucionando a biomedicina y, posteriormente, se ha estructurado como el paradigma biomédico mundial, el cual ha sido utilizado dualmente: como instrumento de beneficio social y como arma de control y etnocida contra las parterías tradicionales. Los mecanismos de estas interacciones, como ya mencionamos, provocaron la desarticulación y desaparición física de las matronas originarias de Europa, además de sus saberes y prácticas. Asimismo, en las colonias europeas en

¹ Luciano Parinetto sostiene que existió un proceso retroactivo o efecto bumerán Europa-América-Europa. Según Parinetto la caza de brujas en América (incluyo a las parteras pre y poshispánicas), tuvo un considerable impacto en Europa sobre la ideología de la brujería, así como en su cronología.

² En este trabajo el tratamiento, aparentemente separado de los nexos y transacciones entre el capitalismo/globalización, las parterías, las ciencias y ciertas dimensiones sociales, no exenta sus relaciones contradictorias y, como menciona Ramosé, “en modo alguno su superposición, convergencia, refuerzo mutuo e incluso la unidad orgánica entre ellas”.

América, los mecanismos de las dimensiones jurídica, religiosa, expresión misógina, y económica se fueron instalando en el curso del siglo XVI (Federici, 2017, pp. 313-318; Campos, 1993, p. 409) y los mecanismos de las dimensiones científicas bio-exactas y la dimensión pedagógica se materializaron e intensificaron, a partir del siglo XIX, para “dar muerte” en México a la partería profesional (Carrillo, 1998; 1999, p.168) y, al mismo tiempo, desarticular y transformar las parterías tradicionales pre y poscolombinas, logrando desaparecerlas parcialmente.

Al abordar estos procesos históricos estamos conscientes de lo afirmado por Nieto (2013): “Para entender las prácticas científicas y su sentido político, es necesario reconocer el papel que se les ha adjudicado a algunos agentes ‘inanimados’ y no únicamente a los “agentes naturales y humanos” (p. 96). Por tal motivo me referiré brevemente a los fórceps, los agentes anestésicos, la silla y la cama obstétrica; empero, no cuestionaré las propiedades intrínsecas, diagnósticas y terapéuticas, propias de los objetos que fueron, o son, adecuadamente utilizados en la medicina o biomedicina. Lo que pretendo develar son las intenciones, la inadecuada utilización y encausamiento, generalmente no explícitos, que se hace de estos agentes “inanimados” para el fortalecimiento del paradigma biomédico mundial en su propósito de apropiarse, desplazar y/o desaparecer algunos saberes y prácticas de las parterías tradicionales.

Por delimitaciones de espacio no expondré una historia cronológicamente vasta y puntualmente ininterrumpida de las particularidades de los periodos históricos de las relaciones, flujos e intercambios, directos o indirectos, entre las parterías tradicionales, las ciencias y las dimensiones propiamente sociales antes mencionadas. Por tal motivo el lector percibirá “saltos históricos” con una relativa secuencia, debido a que únicamente extraeré, de forma fragmentaria, los hechos y actores mínimos necesarios que considero reveladores para coadyuvar a la reflexión y entendimiento de las condiciones bio-socio-históricas determinantes en la desaparición de las parterías tradicionales.

Puntualizo tres mecanismos ideológicos de poder, que han sido entrelazados y transformados en el tiempo para coadyuvar al etnocidio de las parterías tradicionales: a) la “razón de verdad”, con sus raíces en las filosofías del siglo XVII, dispuestas, ordenadas, desarrolladas, aclaradas y aplicadas en el siglo XVIII (Cassirer, 1993³), extendiendo esta aplicación al siglo XIX; b) las “evidencias científicas” del siglo XX; c) la capacitación dirigida a comadronas desde el siglo XV en España (Gallego et al., 2005, p. 603) y acentuada en sus colonias desde el siglo XIX por “razón de verdad” y, en los siglos XX y XXI, utilizando el concepto justificante “basado(a) en evidencias científicas”.

No deseo que este trabajo se confunda con una apología nostálgica de un pasado idealizando de las parterías. Tampoco pretendo caer en la posición maniquea de Bunge (2012), la cual plantea una contradicción irresoluble entre la obstetricia “científica” (basada en evidencias científicas) y las parterías tradicionales, las cuales incluye implícitamente en la bolsa del “curanderismo actual”: “terapias” “tradicionales” “no convencionales” “arcaicas” “alternativas”, de “chamanes o médicos brujos” (Bunge, 2014, p. 363). Lo que se pretende comunicar es la visión de que aún existen saberes y prácticas médicas útiles, paralelas a la biomedicina, para coadyuvar a disminuir el dolor innecesario y, en lo posible, evitar la muerte materna. Lo que propongo es la idea que ambos saberes y prácticas médicas deben seguir existiendo en este planeta. Lo que cuestiono es la manipulación de los “objetivos, alcance y función” (Ramosé, 2016, p. 170) de ambas, para convertir al paradigma biomédico mundial (homogeneizante, controlador, acumulador de capital, desarticulador y depredador de formas de conocer y abordar los procesos reproductivos femeninos desde prácticas alternas) en el único que pueda ejercer, libremente y sin fronteras, el dominio ideológico y económico planetario. Asimismo, estoy consciente de que las parterías tradicionales en el mundo están siendo desaparecidas, y tal vez así será, como una “profecía

³ El siglo XVII, en Europa, fue denominado: siglo filosófico; el siglo XVIII: de la Ilustración, época de las Luces, de la filosofía de las Luces o de la razón y la filosofía.

autocumplida” o “...un punto de no retorno” (Freyermuth, 2018, p. 310)⁴. La abogacía de la maquinación de este etnocidio histórico mundial es uno de los elementos que utilizaré para coadyuvar a que este fenómeno sea valorado y visualizado en sus dimensiones y consecuencias político-sanitarias.

LOS CONCEPTOS

Es necesario hacer un ejercicio, aunque sea sucinto, de conceptualización, delimitación y relación de los conceptos partera y parterías. Esta exigencia es debida a que estos pueden ser visualizados desde perspectivas diferenciadas y traslapadas en tiempo, lugar, saberes, personas, agentes “inanimados” y prácticas, las cuales aún se encuentran en debate teórico, creando confusión al no determinarse a qué perfil o perfiles específicos nos estamos refiriendo.

La partera es la persona (mujer u hombre) que posee dilatados saberes sobre el proceso reproductivo femenino y el período perinatal, cuya práctica sistemática es la atención a este proceso y período. Me referiré a las parterías como el conjunto de saberes y prácticas generadas, adquiridas y transmitidas en y por una cultura determinada para la atención del proceso reproductivo femenino y el período perinatal.

Las interacciones entre las propias parteras y de las parterías con las ciencias y otras dimensiones sociales, mencionadas cronológicamente en el apartado anterior, dieron pie a la conformación de un abanico variopinto de perfiles referentes a la partera. En el ámbito académico y en el oficial nacional o internacional podemos encontrar los siguientes: partera tradicional, partera tradicional adiestrada o capacitada, no adiestrada o no capacitada, auxiliares para la salud en obstetricia, asistente de partería cualificado, matrona o comadrona, matrona diplomada, partera posmoderna o autónoma o profesio-

⁴ En este libro/informe, de resultados de proyectos apoyados por la Fundación MacArthur, la directora de esta fundación en México, Sharon Bissell, manifestó que su “deseo” es que la partería profesional llegue a ser la única opción de atención al proceso reproductivo femenino en nuestro país. Ese sería su “punto de no retorno” a una partería tradicional mexicana.

nal, partera técnica profesional o certificada o adiestrada o calificada o cualificada o competente, enfermera-partera, enfermera-partera auxiliar, partera empírica, partera indígena, partera rural, partera comunitaria, partera local, y partera promotora. En el ámbito popular se encuentran: partera-curandera, yerbatera o yerbera, partera rezadora, partera sobadora, partera pastillera, partera injertada,⁵ partera boticaria, abuela o abuelita, madrina o madín, sacadora, o comadre. En el ámbito propiamente indígena ubicamos múltiples designaciones en las lenguas originarias de México (INI, 1994⁶).

Las parterías tradicionales⁷ son el conjunto de saberes y prácticas generadas, adquiridas y/o transmitidas a través de procesos oníricos, pedagógicos orales y prácticos en ámbitos comunitarios, no biomédicos ni escolarizados ni gubernamentales, para la atención del proceso reproductivo femenino. Las parterías tradicionales precolombinas, son las parterías que generaban los grupos originarios de este continente, previa a la invasión española. Las parterías tradicionales poscolombinas son las que se generaron a partir de la invasión española a las tierras denominadas “Nuevo Mundo”, “Indias Occidentales” y, posteriormente, América.

Un personaje que practica una de las parterías poscolombinas en América es la partera tradicional indígena. Ella pertenece a una etnia originaria indígena y su proceso iniciático, saberes y prácticas contienen elementos de la partería tradicional precolombina y de épocas posteriores, que han sido generadas, adquiridas y/o transmitidas a través de mecanismos oníricos, pedagógicos no escolarizados orales o prácticos, para la atención del proceso reproductivo feme-

⁵ La partera “injertada” es la denominación utilizada por algunas parteras *iloles*, originarias de la región Altos de Chiapas. Se refiere a las parteras que han sido capacitadas con elementos de la biomedicina y los han adaptado a su práctica.

⁶ Para clasificar y describir en su totalidad estos perfiles es necesaria una indagación complementaria a esta. En la bibliografía mencionada en esta referencia se podrán consultar algunos perfiles utilizados en las lenguas originarias de los grupos indígenas de México.

⁷ En las instancias sociales y académicas mexicanas suele utilizarse los conceptos genéricos “partera tradicional” o “matrona”. En el ámbito legislativo se usa “partera tradicional”. El Estado mexicano suele utilizar los conceptos “auxiliares para la salud en obstetricia” o “partera tradicional”.

nino. Este perfil cultural/sanitario, en las etnias originarias actuales tsotsil y tseltal, ubicadas en los Altos, Centro y Norte del estado de Chiapas, comprende dos personajes, a saber: la partera *ilol o me'jtom olol ilol*⁸ (JI) y la partera tradicional indígena no JI.

La JI es un mandato⁹ (Page, 2005) que se caracteriza porque su mecanismo iniciático es onírico y su aprendizaje es también onírico, por transmisión oral y por intercambios con otras JI o parteras tradicionales indígenas no JI. Entre sus saberes y prácticas generalmente no se incluyen, y no son tomados como válidos por las JI, elementos propios de los cursos de capacitación que, el Estado mexicano y algunas organizaciones no gubernamentales, han estado impartiendo a mujeres jóvenes y parteras desde hace aproximadamente quince años en Chiapas. Sus inteligencias, cinestésico-corporal, espacial, verbal, naturalista, intrapersonal e interpersonal,¹⁰ están más desarrolladas que las de otros perfiles de la medicina tsotsil y tseltal como el hierbero, huesero y la partera tradicional indígena no JI. El proceso diagnóstico lo realiza por medio de la toma del pulso radial y, en sus procesos preventivos y tratamientos, utiliza primordialmente diálogos con la embarazada y los familiares, rezos, limpiezas con plantas, animales o huevo, y soplidos con alcohol de caña. Una singularidad de las JI es su negativa a ser reconocidas e incluidas como integrantes del sector estatal de salud.

La partera tradicional indígena no JI se diferencia de la JI en que el diagnóstico no lo realiza por pulsación radial, sino por observación e interrogatorio directo o indirecto (Entrevista a Micaela Icó, 15 febrero 2018, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas). Este perfil de partera tiene menos desarrolladas las inteligencias que la JI y una

⁸ Este concepto, en lengua tsotsil, es resultado de la asesoría proporcionada por el lingüista tsotsil Enrique Pérez López, director del Centro de Lengua, Arte y Literatura Indígena, San Cristóbal de Las Casas, 11 enero 2016.

⁹ Page propone el concepto “mandato” debido a que en el proceso de iniciación onírico, la niña o adolescente, recibe el “mandato” de un ser superior para iniciar su aprendizaje en función de llegar a ser una JI.

¹⁰ Sobre estas inteligencias de la JI consultar el capítulo: La atención prenatal de la partería tsotsil/tseltal ante los riesgos de muerte materna.

tendencia a incorporar en su práctica elementos de diagnóstico y terapéuticos de la biomedicina, así como aceptar ser cooptada y asimilada, con mayor facilidad, por las instituciones del salud gubernamental y organizaciones no gubernamentales que promueven, preferentemente, la biomedicina en sus capacitaciones dirigidas a jóvenes indígenas y parteras tradicionales poscolombinas.

Una mayoría de parteras tradicionales poscolombinas en Latinoamérica pugnan por la conservación de elementos de su saber y práctica precolombinas, así como ser independientes del Estado. No obstante, existe una corriente cada vez más numerosa que desea adquirir conocimientos de la biomedicina, y ser reconocidas legalmente por el sector salud estatal, formen o no parte de él.¹¹

La matrona o comadrona es la denominación asignada, en la Europa del siglo XII al XXI, a todas las personas que practicaban la partería con elementos tradicionales y, actualmente, son quienes atienden el proceso reproductivo femenino utilizando básicamente la medicina o la biomedicina.¹² De los siglos XII al XVII, su servicio era proporcionado diferencialmente, desde las que atendían a los grupos sociales más pobres, de origen rural o marginal ciudadano, hasta las que atendían a la realeza y grupos sociales favorecidos económicamente. La diferencia entre ambas eran las condiciones biosociosanitarias en las que cada una atendía el proceso reproductivo femenino y los emolumentos por la atención al embarazo, parto y posparto (Towler, 1997). Sus procesos iniciáticos y de aprendizaje, previos al siglo XV, se ubican en mecanismos tradicionales populares,¹³ orales y prácticos, no gubernamentales ni médicos escolariza-

¹¹ Las parteras tradicionales, habitantes de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, que se han adherido a las instituciones de salud estatal en los Altos de Chiapas, refieren estar siendo subordinadas, marginadas y vilipendiadas en cuanto a su persona, saberes y prácticas. Para abundar en este fenómeno de la relación parterías/ política sanitaria, remitimos al capítulo de Irazú Gómez: Dispositivos de saber-poder. Parteras tradicionales y el proceso medicalizador en el sureste de México.

¹² Herencia de la cultura europea el concepto “matrona” o “comadrona” fue adoptado en algunos países de Latinoamérica (Chile, Argentina, Guatemala, entre otros) por gobiernos, investigadores/ académicos y amplios sectores de su población.

¹³ A diferencia de la partera tradicional precolombina y la poscolombina, no logré ubicar en la

dos formales. La aceleración de la desaparición de sus saberes y prácticas, a partir del siglo XVIII en Europa, ha tenido como impacto la generación del perfil actual de la matrona, basado en conocimientos propios de la biomedicina. La Confederación Internacional de Matronas (ICM, por sus siglas en inglés) define a la matrona como la:

Persona que ha terminado satisfactoriamente un programa de formación en el ejercicio de la partería reconocido en el país correspondiente y que está basado en las Competencias esenciales para la práctica básica de la partería de la ICM y en el marco de las Normas globales de la formación de la partería de la ICM; que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse y/o licenciarse legalmente para ejercer la profesión de matrona y utilizar el título de “matrona”; y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería. (ICM, 2017, s/p.)

En otra arista de las interacciones encontramos a la medicina, la biomedicina y el paradigma biomédico mundial. Sintetizando definiciones, la medicina es “...el conjunto de conceptos, procedimientos y recursos materiales, con los que se busca prevenir y curar las enfermedades” (León & Berendson, 1996, p. 2). En concordancia con lo anterior, definimos al personal médico (elemento faltante en la definición de León) como quien domina, practica directamente y encausa¹⁴ alguna (s) rama(s) de cualquier medicina¹⁵ reconocida y validada por el Estado y/o por determinados grupos sociales.

La biomedicina, según el mismo León, se explicita cualitativamente cuando se persigue y prioriza lo curativo frente a lo preventivo (p. 4). En los Estados Unidos de Norteamérica, uno de los principales países impulsores de esta línea de la medicina, se define como el “Sistema por el cual los médicos y otros profesionales de la atención de la salud (por ejemplo, enfermeros, farmacéuticos y terapeutas)

bibliografía consultada lo onírico como un elemento iniciático.

¹⁴ En el encausamiento o conducción de la medicina hacia un determinado propósito, intervienen otros factores y actores que no pertenecen a su ámbito formal; estos pueden estar ubicados en las dimensiones científicas y sociales mencionadas en el apartado “Introducción”.

¹⁵ Alópata u occidental, tradicional indígena, ayurveda, homeópata, doméstica, entre otras.

tratan los síntomas y las enfermedades por medio de medicamentos, radiación o cirugía” (Diccionario del Cáncer, s/f, s/p.). Para tratar los síntomas y las enfermedades en esta medicina son necesarios e indispensables recursos humanos, medicamentos industrializados, instrumentos y aparatos (RHMIA). Los recursos humanos van desde un médico general hasta especialistas muy sectorizados, como los ubicados en la endocrinología reproductiva e infertilidad; los medicamentos industrializados pueden ser radiaciones y/o químicos. El prototipo de un aparato actual es el sonógrafo tridimensional en tiempo real. Según la certeza que se quiera imprimir al diagnóstico y tratamiento, los RHMIA se ubicaran en un sistema hospitalario, el cual está dividido actualmente en tres niveles de atención médica, a saber: primero, segundo y tercero. Según el nivel de atención ascendente será el costo de los RHMIA. El tercer nivel, el más alto, requiere un gasto más oneroso en RHMIA. Los RHMIA pueden ser costeados por instituciones privadas o por el Estado.

Concibo al paradigma biomédico mundial, retomando a Morin (1984), como “el conjunto de las relaciones fundamentales de asociación y/o de oposición entre un número restringido de nociones rectoras, relaciones que van a mandar/controlar a todos los pensamientos, todos los discursos, todas las teorías” (p.19), incidiendo en el ámbito de acciones concretas de los procesos salud/enfermedad/atención/cuidado a nivel mundial. El paradigma biomédico mundial es el estadio último y actual, la apoteosis, de la evolución de la medicina a biomedicina dentro del proceso de globalización siendo esta, según Ramose (2016), “en última instancia la paradoja de establecer y derribar fronteras al mismo tiempo [...] fronteras físicas, geográficas, intelectuales, culturales, religiosas, políticas y económicas” (pp.149, 152).

HISTORIA DE RELACIONES ETNOCIDAS

Del siglo XIV al XVII en Europa se puso en acción la dimensión social jurídico/religiosa denominada Inquisición; la cual, a partir del

siglo XV, y coincidiendo con las crisis demográfica y económica de los siglos XVI y XVII, se intensificó y utilizó como un mecanismo de represión, control y desaparición física de matronas, en múltiples ocasiones denominadas “brujas”, fenómeno denominado “caza de brujas” (Federici, 2017 p. 30; Ehrenreich & English, 1981, pp. 8-10). Efectivamente, en los siglos mencionados la iglesia, las autoridades civiles masculinas y los médicos implantaron una raza misógina contra las matronas, acusándolas de “comadronas brujas” (Towler, 1997, p.47). Este hecho se explica por dos situaciones: primera, la envidia de los hombres por su ignorancia en el conocimiento del proceso reproductivo femenino y de sus determinantes individuales, biológicos y sociales; segunda, por el incipiente avance del capitalismo (Federici, 2017). Este último se materializó en la apropiación del trabajo de las matronas, por parte de los médicos, con el fin de obtener mayor cantidad de recursos económicos por la atención medicalizada del proceso reproductivo femenino¹⁶. “Igual que el sacerdote consideró a la bruja blanca una charlatana teológica y la persiguió en nombre de la fe, el médico consideró a la sanadora sin licencia una charlatana médica” (Towler, 1997, p.47).

La magnitud de la desaparición física de las denominadas “brujas”, incluidas las matronas, alcanzó cifras considerables:

En la región de Werzberg, 900 brujas murieron en la hoguera en un solo año y otras 1.000 fueron quemadas en Como y sus alrededores. En Toulouse llegaron a ejecutarse 400 personas en un solo día. En 1585, de toda la población femenina de dos aldeas del obispado de Traer solo se salvó una mujer en cada una de ellas. Numerosos autores cifran en varios millones el número total de víctimas. El 85% de todos los condenados a muerte eran mujeres: viejas, jóvenes y niñas. (Ehrenreich & English, 1981, p. 8)

¹⁶ La naciente atención medicalizada del proceso reproductivo femenino implicó la acumulación de capital por la creciente mercantilización de la infraestructura hospitalaria, servicios médicos, productos farmacéuticos, insumos e instrumentos con el propósito, explícito o implícito, de seguir impulsando la incipiente germinación del paradigma biomédico mundial.

Towler (1997) cita un párrafo del *Breviario de la salud*, del médico inglés Andre Bocorde que, para el control de las comadronas a mediados del siglo XVI, propone:

Toda comadrona debe ser presentada al Obispo en compañía de mujeres honestas de mucha gravedad, y ellas deben testificar en su favor al presentarla: debe ser mujer sobria, sabia y discreta, que tenga experiencia y merecedora de ocupar el puesto de comadrona. Entonces, el Obispo, con el consentimiento de un doctor en medicina, debe examinarla e instruirla en todo aquello de lo que sea ignorante, y de esta manera aprobada y admitida en una cosa loable, porque si así se hiciera en Inglaterra, no habría ni la mitad de abortos entre las mujeres, ni morirían tantos niños en todos los lugares de Inglaterra como mueren. El Obispo deberá ocuparse de este asunto. (p. 56)

En México, en 1983, develamos el control hacia las parteras tradicionales poscolombinas a través de la dimensión biomédica y la social jurídico/pedagógica, cuyo instrumento fue el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, herencia del control europeo sobre las matronas:

Artículo 104.- Las actividades de los auxiliares para la salud en obstetricia se sujetarán a lo que establece la Ley, este Reglamento y las Normas Técnicas que al efecto emita la Secretaría y serán ejercidas bajo el control y vigilancia de la propia dependencia del Ejecutivo Federal. (Secretaría de Salud, s/f., p.5)
 Artículo 102.- Para los efectos de este Reglamento, se consideran personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años. (p.105)

En el Artículo 114 del mismo Reglamento establece que las parteras tradicionales poscolombinas serán sancionadas por:

I.- Omitir el refrendo de la autorización; II.- No acudir a los cursos de actualización de conocimiento en la materia; III.- Omitir el auxilio a que esté obligado. IV.- En general por actos u omisiones que impliquen el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la Ley y sus disposiciones reglamentarias. (pp. 6-7)

Las interacciones entre la partería tradicional poscolombina y la dimensión social jurídico/pedagógica del siglo XX se continúan con las mismas intenciones que en la Europa del siglo XV. A las parteras tradicionales poscolombinas se les mandata que, para poder ejercer su medicina, deberán:

Haber recibido adiestramiento suficiente en materia de fomento a la salud o en actividades elementales de primeros auxilios y atención médica simplificada; en cualquier institución del sector salud, previa acreditación con constancia expedida por la institución de salud. (Ley de Salud del Estado de Chiapas, 1990, p.55)

La relación de la dimensión biomédica con las parterías se materializa en la instrumentación de la obstetricia; en particular del parto por cesárea en mujeres vivas (Lugones, 2001, pp.53-54) y la posición sentada en la silla obstétrica¹⁷ (Rendón, 2013, pp. 23-24). Ambos hechos reflejaron un incipiente avance en la tecnologización de la medicina. Pero, a partir del siglo XVIII (siglo de la Ilustración, del cultivo de “la razón” europea, de la Revolución Francesa e Industrial en Inglaterra), se da un impulso a los descubrimientos y avances en física, química, matemáticas aplicadas y botánica, que se habían alcanzado ya en los siglos XV y XVII. La influencia y confluencia de la física, las matemáticas, la química y la botánica con la medicina produjeron, entre otros resultados: un conocimiento más preciso de

¹⁷ Aunque existen indicios de que la operación cesárea se practicaba desde el siglo VIII d.n.e., en el siglo XVI (1582) es cuando se inicia el registro y publicación escrita de esta técnica quirúrgica. Respecto a la silla obstétrica fue utilizada desde la época grecolatina hasta el siglo XIX; no obstante, en el siglo XVIII François Mauriceau impulsó el uso de la cama de parto, la cual fue supliendo paulatinamente a la silla obstétrica.

las funciones y disfunciones somáticas y su relación con la lesión corporal; la invención de la clínica como ejercicio de la medicina; el diseño de instrumentos y aparatos para mejorar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento y; el descubrimiento y desarrollo de medicamentos para enfermedades viejas y nuevas.

La investigación biotecnológica trajo como consecuencia la instauración del paradigma biomédico como base de la medicina científica y como ciencia natural. A partir del siglo XIX se implanta la biomedicina, que se extendió a todos los países y sociedades con énfasis en un enfoque monocausal (biológico) de la salud y de la enfermedad recorriendo un exitoso camino que ha conducido a su globalización (Escobar, 2010, p. 94). Estas interacciones generales entre diferentes dimensiones bio-sociales incidieron en la tecnificación y medicalización particularizada del proceso reproductivo femenino, lo que fue aprovechado por los médicos para adquirir más poder social y, particularmente, sobre las matronas.

Uno de los motivos de mayor peso ideológico en la tecnificación de la obstetricia¹⁸ fue la adopción de la “razón” como una forma necesaria, y casi obligatoria, de pensar, concebir e interpretar todos los hechos sociales y naturales. La racionalización que implica la “propiedad natural” fue penetrando “... en la intimidad de las mentes” (Laín, 1978, p. 193) siendo utilizada para el rastreo de los determinantes y causalidad de las enfermedades obstétricas a través de la lógica y la inteligencia del centro del universo, “el hombre”, y no por revelación divina. Este motivo impulsó a la investigación que generó descubrimientos en la física y las matemáticas aplicadas que, entrelazadas con la anatomía, dieron origen a la fisiología propia del sistema reproductor femenino. La confluencia, desde el siglo XVII y durante la segunda mitad del XIX, del patrón lógico del paradigma matemático y la medicina, dio como resultado la clínica médica obstétrica: la suma de signos y síntomas nos da como resultado un síndrome, o sea una enfermedad (Foucault, 1963).

¹⁸ En este párrafo he particularizado a la obstetricia como parte de la medicina, y a la mujer en su proceso fisiológico de embarazo, parto y puerperio.

En la historia ascendente del paradigma biomédico mundial los descubrimientos físico-químicos e inventos instrumentales desempeñaron un papel importante. La anestesia y los fórceps cortos de mango recto¹⁹ (Towler, 1997) fueron producto de los avances logrados en la química y la física aplicadas a la obstetricia. Ambos fueron utilizados por los médicos como instrumentos de poder para reforzar su lucha por apropiarse de la obstetricia, campo exclusivo de las comadronas.

Así pues, con la anestesia como una de sus armas “en Edimburgo, en 1726, los médicos deciden tomar el papel que [creen que] les corresponde para ocuparse de la atención del parto y del dolor que le acompaña e invaden el terreno ocupado tradicionalmente por las comadronas” (Marrón-Peña, 2013, p. 213), ya que en el Renacimiento “Las parteras eran el centro del control y poder para el ejercicio del arte” (Uribe, 2002, p. 21).

Otro soporte para los médicos, en su lucha contra las comadronas, es otorgado por el poder de la realeza, al utilizar en una de sus integrantes la anestesia obstétrica. Este hecho ocurrió en 1853 cuando:

John Snow [...] anestesia con cloroformo a la reina Victoria de Inglaterra para asistirle en el nacimiento de su octavo hijo, el príncipe Leopoldo, ayudando con ello a vencer la resistencia imperante al uso de anestésicos durante el parto, por eso se puede asegurar que el cloroformo es la piedra angular sobre la que se apoya el inicio racional y científico de la anestesia en gineco-obstetricia. (Morrón-Peña, 2013, p.214)

Durante el siglo XIX la idea de prolongar las extremidades superiores del médico para extraer con éxito del canal vaginal a una niña o niño vivos dio paso a la invención del instrumento llamado fórceps obstétrico (Félix et al., 2003). Este objeto “inanimado” fue también

¹⁹ Estos fórceps, inventados por la familia de médicos franco-ingleses Chamberlen, fueron utilizados y mantenidos en secreto por doscientos años, para que ni las parteras ni otros médicos se percataran de este invento. Se descubrieron accidentalmente en 1813, bajo la duela de una habitación en la casa de los Chamberlen.

uno de los elementos que propició que los médicos tomaran ventaja e incursionaran en el mundo donde las comadronas tenían primacía. Los fórceps obstétricos se volvieron otro símbolo más del “poder médico” (Cházaro, 2004, p. 28). Como respuesta las comadronas trataron de desacreditar a los médicos, ante la sociedad y las mujeres embarazadas, por los “resultados desastrosos” (Jeffcoate, 1953, p. 951) debido al uso inadecuado de los fórceps por parte de galenos sin experiencia en la atención de partos que presentaban desproporción céfalo pélvica (p. 951). En respuesta, los médicos reglamentaron el uso de los fórceps lo que propició que, durante la segunda mitad del siglo XVIII, se utilizaran únicamente en los casos estrictamente indicados y las comadronas no tuvieran argumentos para el cuestionamiento de la intromisión de los médicos en su ámbito de trabajo (Jeffcoate, 1953).

La anestesia obstétrica y los fórceps llegaron a México provenientes de Europa vía Estados Unidos de Norteamérica. Según Marrón-Peña (2013) el uso del anestésico ciclopropano en anestesia obstétrica en México inició en 1935 (p.215); y la técnica de raqui-anestesia para cesárea ya era utilizada en el estado de Oaxaca para el año 1900 (p.215). Cházaro (2004, p. 28) refiere que los fórceps obstétricos en el México colonial de 1750 eran utilizados para extraer fetos muertos. En 1790 ya eran destinados para atender partos de productos vivos (Chazaro, 2004). En Europa, como en la mayoría de los países de América, estos objetos “inanimados” fueron utilizados para reforzar el papel de los médicos y la biomedicina sobre las comadronas y parteras tradicionales poscolombinas, intención que se aceleró en el siglo XIX, incluyendo a la partería profesional, como Ana María Carrillo (1998) lo demuestra.

La química, entrelazada con la ciencia natural botánica y la medicina, también fue utilizada por los médicos, la realeza europea y los comerciantes contra las matronas y parteras tradicionales de Europa y América. Los médicos para reforzar su poder; los reyes para reafirmar sus imperios, y los comerciantes para acumulación pecuniaria.

Y precisamente la química, la aplicación de la química, vive un momento glorioso en el terreno de los medicamentos y las curaciones, que permiten que la medicina abandone las hasta entonces intocadas teorías humorianas para decantarse por una visión más ontológica de las enfermedades [...] Sin embargo, lo que estaba por venir sí supuso un cambio significativo en el terreno de los fármacos: el descubrimiento de América, puesto que es verdad que América fue, en el sentido más literal, un hallazgo, gracias al cual sus hierbas y sus plantas engrosaron notablemente los magros botiquines europeos. (Fernández, 2012, p. 115)

En este sentido coinciden Galeote (2017), Esteva (2006) y López y López (1997) que la obra del médico Nicolás Monardes sobre los usos de la flora indígena americana fue conocida y reconocida internacionalmente y traducida a varios idiomas²⁰. El mismo Monardes refiere haber enviado su obra a varios países europeos.

En esta relación de aprovechamiento de la herbolaria medicinal americana, por parte de la medicina europea, las mujeres curanderas y las parteras tradicionales poscolombinas fueron “utilizadas” como informantes etnobotánicas a través de los mecanismos del poder económico, ideológico e intelectual, teniendo como exploradores/extractores directos, corresponsales, y/o difusores secundarios de esta información etnobotánica: en el siglo XV a Diego Álvarez Chanca, compañero y médico de Colón en su segundo viaje; en los siglos XVI y XVII a Francisco Hernández, Juan Fragoso, Bernardino de Sahagún, Bernabé Cobo, Gregorio López, Juan de Barrios, Agustín Farfán, Juan de Cárdenas, Francisco Ximénez y muchos más. A finales del siglo XVII y XVIII tuvo a Martín Sessé y los novohispanos José Mariano Muciño y José Antonio Alzate como corresponsales, así como el jesuita farmacéutico de origen germánico Juan de Estey-

²⁰ Esteva refiere que la familia Fugger, de Alemania, poseía el monopolio de la venta del *guayaco* americano y pagaba a Monardes por publicaciones, en varios idiomas europeos, sobre los beneficios de esta planta. También menciona que Monardes, además de ser médico y comerciante acaudalado, era tratante de esclavos negros, a quienes intercambiaba por plantas medicinales extraídas por ellos mismos de la Nueva España.

neffer; en el siglo XIX, a Alexander von Humbold y al historiador mexicano Francisco de Asís Flores y Troncoso (Ryal, 1983; Lozoya, 1984, Trabulse, 1983; Aguirre, 1990; Zamudio, 1993; Flores, 1888). Sobre este aprovechamiento y utilización de las mujeres como informantes etnobotánicas, Galeote (2017) nos trasmite las palabras del médico-comerciante Monardes: “...eran las mujeres las mejores conocedoras de estas hierbas, cuyo uso medicinal [...] lo aprendían de ellas los españoles” (p. 51). El Códice Florentino y Francisco Hernández, en el siglo XVI; Francisco Ximénez, en el siglo XVII; y Cervantes, en el siglo XVIII, refieren el empleo de la planta Zoapatli o Cihuapatli (*Montanoa tomentosa* Cerv.) para acelerar el parto (INI, 1994a). En el siglo XIX, la Sociedad Mexicana de Historia Natural y el Instituto Médico Nacional, reportaron sus propiedades oxicíticas. En el lapso comprendido entre el siglo XV y principios del XIX la información etnobotánica sobre la herbolaria medicinal americana fue usufrutuada por España²¹ (Corral, 2011) y, desde el segundo tercio del XIX, por Alemania, Inglaterra, Francia, Bélgica y Suiza, entre otros, hecho que encausó a la medicina europea por el camino que la llevaría a su reforzamiento farmacéutico, uno de los elementos primordiales en la conformación del paradigma biomédico mundial. “El siglo XIX se caracteriza por el surgimiento de una industria farmacéutica y de laboratorio, sobre todo en Alemania, aunque se aplicó especialmente en Francia. La medicina deviene comercial. La medicina regular buscaba ser un negocio próspero” (Fernández, 2012, p.116).

En el siglo XX, otras empresas trasnacionales farmacéuticas continuaron aprovechando los recursos herbolarios medicinales de los países del Sur²² (Santos, 2016). Un ejemplo de esta confiscación es

²¹ Felipe II, fundó en 1594 (a los 67 años de edad, 42 de haber iniciado su reinado, dos de haberse deteriorado notablemente su salud —por la gota, artrosis, fiebres tercianas, accesos de tos e hidropesía— y cuatro antes de morir) la Botica Real en el monasterio de El Escorial para investigar las plantas medicinales extraídas de sus colonias. La producción de medicamentos galénicos en esta Botica Real tenía dos propósitos: coadyuvar a sobrellevar los múltiples padecimientos del enfermizo rey Felipe II, y su potencial de comercialización.

²² Santos y Meneses, al referirse a las “epistemologías del Sur”, aclaran que el concepto Sur está significado metafóricamente y se superpone al concepto geográfico; aunque no totalmente, pues

la producción mundial de anticonceptivos orales a partir de la planta llamada “barbasco” (*Dioscoria compositae*, Hemsley), de la cual se extraían las sapogeninas esteroidales (diosgenina), materia básica para la producción de progesterona²³ (Hinke, 2008; Quiminet, 2018).

En 1939 la industria farmacéutica Marker, de Estados Unidos de Norteamérica, llega a México y se une a los Laboratorios Hormona, formando la empresa Syntex, S. A. Posteriormente, Syntex se separa de Marker, se regresa a Estados Unidos y logra sintetizar y patentar hormonas a partir de la diosgenina. (Alarcón, 2010)

Se refuerza así la comercialización farmacéutica en aras de robustecer el paradigma biomédico mundial.

Con el desarrollo de la medicalización e instrumentación de la obstetricia²⁴, los fórceps fueron substituidos por la cesárea; el cloroformo, por analgésicos y anestésicos de “última generación”; y los preparados herbolarios medicinales, utilizados por las matronas y parteras tradicionales pre y poscolombinas, fueron reemplazados por fármacos sintéticos producidos industrialmente para su comercialización mundial.

La “razón de verdad” y las evidencias científicas, argumentos del etnocidio

en el Sur geográfico siempre existieron (y existen) “pequeñas Europas” o grupos locales que se beneficiaron de la fase colonial del capitalismo. Pero en el Norte geográfico también existen explotados dentro de la abundancia material de los países ahí ubicados. El concepto Sur, en este trabajo, se refiere a los grupos humanos cuyos saberes y prácticas han resistido y subsisten a las diferentes formas históricas de dominación colonial, capitalista y neoliberal por parte del Norte metafórico.

²³ La progesterona era utilizada para mantener el embarazo. A partir de ella se sintetizó la cortisona como antirreumático y la noretindrona como anticonceptivo.

²⁴ La incipiente medicalización e instrumentación de la obstetricia a partir en el siglo XVI fue reforzada durante el siglo XX con nuevos métodos de tratamiento, materiales y técnicas quirúrgicas: asepsia y antisepsia, antibioticoterapia, transfusión sanguínea, suturas elaboradas con materiales sintéticos, cesárea por la técnica de Misgav-Ladach.

Una de las características principales atribuidas a la biomedicina y al paradigma biomédico mundial es que poseen “su razón” de verdad: el conocimiento científico. Esta “razón” de verdad, propia de la biomedicina no es intrínseca al conocimiento científico, sino que procede de quien se la otorga. Algunos rasgos primarios que van a dar origen al conocimiento científico del siglo XVII en Europa ya los podemos percibir en la medicina europea posterior al siglo XII: tendencia creciente a utilizar la obstetricia como un elemento de poder y comercial (Diez, 2015, p. 72);²⁵ observaciones y extracción de agentes analgésicos vegetales utilizados por los habitantes nativos de las colonias europeas (Pérez et al., 2005, p. 374);²⁶ incipiente instrumentación obstétrica (Galliano, 2007, p. 6)²⁷; introducción de la silla obstétrica (López & Campos, 2014, p. 4)²⁸; práctica de la cesárea no únicamente en cadáveres sino en embarazadas vivas (Martínez et al., 2015, p. 608).²⁹ A partir del siglo XVII y, con mayor fuerza y habilidad progresiva en los siglos XVIII, XIX y XX estos elementos, manejados hábilmente por los médicos frente a los barberos, cirujanos, boticarios y matronas, le dieron un “mayor valor” a su práctica en la lucha por desplazar a las cuatro especialidades antes mencionadas y, con mayor interés, para apropiarse del trabajo de las matronas, quienes persistirían en su lucha por largo tiempo (Towler, 1997).

Otro impulso a la conformación de la biomedicina fue favorecido por el hecho previo de que Europa se apropió de las tradiciones

²⁵ Diez apunta que, a mediados del siglo XV, la partería estaba reglamentada como oficio lucrativo en Europa. En 1498, los Reyes Católicos promulgaron una Pragmática sobre el oficio de la partería; a pesar de ser reconocida legalmente, la profesión continuaba siendo un oficio mal remunerado.

²⁶ Pérez menciona que los pueblos mayas “daban estramonio (que contiene diversos alcaloides del tipo de la atropina y de la escopolamina) a mujeres como “anestésico en el acto del parto, para paliar el dolor”.

²⁷ En el siglo XVI, Ambrosio Paré diseña y utiliza instrumental para la dilatación del cuello uterino y para la extracción de restos fetales.

²⁸ En los siglos XIII, XIV y XV, en Europa se reporta el uso de la silla de parto para mayor comodidad y libertad de la pelvis de la parturienta.

²⁹ En el siglo XVI (1581), Francois Rousset fue el creador del nombre cesárea y recomendó realizarla en mujeres embarazadas vivas.

médicas de los árabes, de los imperios romano y griego y de los judíos. También se nutrió de las experiencias de médicos, cirujanos, boticarios y comadronas españolas, francesas, inglesas, de los Países Bajos y, a partir de la expansión y dominación socioeconómica europea por el mundo, de parteras tradicionales poscolombinas y herbolarios de sus colonias. La Ilustración fue, en esta línea histórica de la conformación de biomedicina en paradigma biomédico mundial, un repensar desde otras ciencias³⁰ los conocimientos y experiencias ya adquiridas y su aplicación a los procesos mórbidos corporales (Foucault, 1963).³¹ La biomedicina y el paradigma biomédico mundial no son procesos espontáneos del siglo XVIII en Europa. Proviene de una interacción intra y extra-continental de algunos países europeos en una evolución reticular, recursiva, invariable-regresiva-progresiva que implicó, como lo manifestó anteriormente, la intervención y aplicación de poderes, agentes “inanimados” y de otras ciencias y dimensiones sociales: jurídica, religiosa, expresión misógina, económica y pedagógica.

En ese devenir, el paradigma biomédico mundial ha logrado permear la antropología, la medicina social y la salud pública e influir considerablemente a través de la criba mental de acuciosas investigadoras e investigadores que lo han asumido y transmitido por todo el mundo como “razón de verdad”. Una de las particularidades de este paradigma es que, a través de su “razón de verdad”, ha inculcado a las parteras tradicionales indígenas por las altas tasas de muerte materna en las poblaciones del Sur. Esta situación se torna incomprensible ya que no existen “evidencias científicas”, producto de estudios interdisciplinarios/cuali/cuantitativos diseñados en un proceso de *inclusión y articulación*, que nos demuestren esta culpabilidad³². La *inclusión*

³⁰ Básicamente las matemáticas, la física, la química y la filosofía.

³¹ Nos referimos a los conocimientos de anatomía adquiridos a través de las autopsias y de las lesiones corporales, identificadas con auxilio de la patología macroscópica, correlacionadas con los signos y síntomas.

³² Es notable, en Chiapas, la escasez de estudios que esclarezcan la participación de las parteras en la continuidad de la vida o muerte materna de las embarazadas atendidas. Hasta ahora, en la gran mayoría de estas investigaciones, la prioridad y aplicación de lo cuantitativo ha tenido

se refiere a la cantidad, calidad y pertinencia en la participación de las ciencias, según las circunstancias, lugares y tiempos. La *articulación* implica mecanismos de interacción caracterizados por contradicción, cooperación, circularidad e intercambios de fundamentos éticos, marcos epistémicos, conceptuales y metodológicos, objetivos, instrumentos, técnicas y recursos humanos y materiales, para generar un lenguaje heterogéneo (en lo individual) e híbrido (en lo comunal) congruente con un diseño flexible y aplicable al contexto específico del problema planteado (Cfr. Carrizo et al., 2004; Martínez, 2011; Herrán, 2000, 2011; Betancourt, 2013; García, 2011; Espina, 2007). El caso que nos ocupa es: la relación entre muerte materna y las parterías tradicionales, en general, y con la partería tradicional indígena tsotsil y tseltal, en particular.

Las investigaciones sobre la muerte materna en regiones indígenas de Chiapas (Freyermuth, 2017) y, en particular, su relación con la partería tradicional, se caracterizan por incluir una, dos o tres disciplinas y correlacionar la muerte materna con las variables biosociales siguientes: etnia, sexo, edad de gestación, paridad, escolaridad, idioma, costumbres locales, misoginia, marginalidad, vulnerabilidad, desigualdad y cobertura de atención. Empero, como menciona Baruel (2001), "...una correlación no implica causalidad" (p. 182), menos aún si se recurre al cruzamiento limitado de discursos disciplinares y no se profundiza en la naturaleza propia de todas las variables participantes. Desde hace aproximadamente treinta años el estado del arte de la investigación en Chiapas, en relación con la salud sexual y reproductiva y, en particular, a los determinantes biosociales de la muerte materna, ha carecido de un intento imaginativo y audaz de *inclusión/articulación* que englobe, relacione y estructure interdisciplinariamente todas las variables desagregadas y líneas de investigación incluidas y excluidas³³. Incluso, desde la antropología

la característica de optar por reducir la causalidad holística de la muerte materna a una realidad fácilmente manejable desde el punto de vista del instrumental matemático estadístico; por consiguiente, la culpabilidad de las parteras tradicionales por las muertes maternas en regiones indígenas de Chiapas no ha llegado a ser comprobada, ni siquiera, probabilísticamente.

³³ Algunas líneas de investigación excluidas: la relación e influencia, a través de proyectos eje-

médica, Erosa y Morales (2017) adjudican al “sistema de salud mexicano” el no haber “desarrollado un abordaje más amplio y profundo” que responda y coadyuve a la disminución de la muerte materna; pero, inmediata y paradójicamente, presentan las características de algunos estudios con abordajes parciales y variables desagregadas que han llevado a cabo investigadores ajenos al “sistema de salud mexicano” (pp. 88-89). Por su lado, desde la salud pública y la medicina social y colectiva, Mendoza (2010) afirma sobre los estudios de muerte materna en México:

Sin duda, el abordaje hasta hoy empleado es limitado, ya que es necesario crear condiciones comprensivas, con criterios de totalidad social asentados en un análisis histórico con racionalidad crítica, de ruptura paradigmática, que permita analizar el problema actual, contrastado con la realidad aparente y con elementos de determinación prácticos a la circunstancia de nación. (p.178)

Hacemos hincapié en el sentido de que la situación que ha impedido explicar integralmente el fenómeno complejo de la producción biológica y social de la muerte materna, implicando la intervención de las parterías tradicionales, se presenta cuando en un método de investigación se diseñan inadecuadamente los procesos de *inclusión y articulación* de disciplinas, vertientes y variables. Así pues, debemos reflexionar sobre la cita que Martínez (2011) retoma de Prigogine: “...es algo totalmente excepcional oír a los expertos reconocer que

cutivos de salud reproductiva, entre las investigadoras(es), las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y las agencias de cooperación internacional; los intereses implícitos de las agencias donadoras en los proyectos de salud sexual y reproductiva; los casos “exitosos” de procesos reproductivos femeninos atendidos por las JI y parteras no JI; la relación y mecanismos de mediación y articulación entre los índices de muerte materna y los procesos socio-económicos extra nacionales, nacionales, regionales y locales; la calidad e influencia de las investigaciones, sobre muerte materna, en la toma de decisiones para implantar políticas públicas en regiones indígenas; el impacto negativo de proyectos ejecutivos, sobre salud sexual y reproductiva de mujeres en regiones indígenas; la relación entre los proyectos de capacitación biomédica a jóvenes y parteras indígenas, la desaparición de las parterías tradicionales y el mantenimiento o aumento de los índices de muerte materna; los imaginarios de la muerte materna en relación a los factores de riesgo en escenarios interculturales.

durante tres siglos se han equivocado sobre un punto *esencial* de su campo de investigación” (p. 28).

Referente a la participación de las JI en la muerte materna, retomamos un párrafo de los cuantiosos y, en ocasiones, polémicos discursos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la voz de su directora en el período 2007-2017:

El método científico no ha sido diseñado [o no ha querido ser diseñado] para evaluar con exactitud la totalidad de la experiencia humana surgida de la práctica de la medicina tradicional por profesionales aptos, experimentados y en quienes se confía en el ámbito cultural e histórico que le es propio. (Chang, 2015, s.p.)

Descendiente de la evolución de la “vieja ciencia” europea, nació en Canadá el concepto anglosajón *based on scientific evidence* o basado en evidencias científicas (Orellana & Paravic, 2007, Letelier & Moore, 2003).³⁴ Este concepto implica “escoger lo mejor” de las evidencias científicas para explicar las realidades de los procesos salud-enfermedad-atención estudiados. Pero, debido a que sus creadores estaban marcados por la epidemiología clínica, este concepto se lateralizó priorizando únicamente las evidencias de investigaciones basadas en estudios aleatorizados³⁵ las cuales, afirmaban, tienen el menor sesgo y, por consiguiente, están más apegadas a la explicación de las realidades de los procesos salud-enfermedad-atención estudiados. Esta situación provocó una respuesta polarizada. Los detractores manifestaron:

La existencia de una evidencia científica maravillosa no es

³⁴ Orellana y Parvic refieren que la concepción teórica de la práctica basada en evidencias tiene sus orígenes en la década de los setentas, en Canadá, retomando el marco conceptual de la biomedicina. Letelier aporta que en 1990 G. Guyatt acuñó el concepto medicina basada en evidencias y, con un grupo de epidemiólogos clínicos de universidades norteamericanas y europeas, elaboraron una guía para la aplicación de este concepto metodológico.

³⁵ Asignación al azar de individuos, cosas o situaciones en donde todas(os) tienen las mismas oportunidades de ser asignadas(os) al grupo experimental o al grupo control.

condición suficiente para su incorporación a la práctica. Sólo un pensamiento ingenuo y utópico como el del movimiento de la evidencia científica podía pensar, que bastaba con seleccionar las mejores pruebas científicas de entre las montañas de basura científica para cambiar la realidad o, también apuntaban, que basta con enseñar al clínico individual a buscar evidencias relevantes para transformar la práctica, como si esta dependiera de un único sujeto. (Gálvez, 2003, p.7)

Como refieren Letelier & Moore, “Parte de la polémica inicial se centró en antagonizar ‘experiencia’ con ‘evidencia’, en vez de definir qué llama evidencia la MBE”³⁶ (2003, p. 940). Para determinar y “escoger” la mejor evidencia científica, la concepción actual plantea la jerarquización de los métodos escogidos con el menor sesgo para generar la evidencia. Los ordena, jerarquizándolos de la siguiente manera: revisión sistemática y metaanálisis; estudios clínicos randomizados (aleatorizados); estudios observacionales (cohortes y caso-control); reportes de series y casos clínicos; y experiencia clínica (p. 940).

Si el concepto basado en evidencias científicas fue tomado directamente de la biomedicina, para investigar los determinantes que intervienen en situaciones bio-socio-antropo-médicas, es necesario escudriñar en qué términos y sentido se ha utilizado este concepto en las investigaciones y acciones relativas a la intervención de las parteras tradicionales indígenas en los procesos reproductivos femeninos y, en específico, la muerte materna.

El movimiento de la medicina basada en evidencias científicas ha sido una de las influencias más importantes en la medicina desde la segunda mitad de la década de 1990. Las publicaciones de Sackett, Muir Gray y Rosenberg (Gálvez, 2003, p. 4), sobre la teoría y metodología aplicativa de este concepto y, posteriormente, de De Brouwere y Van Lerberghe³⁷ (2001) le dieron un impulso impor-

³⁶ MBE: medicina basada en evidencias.

³⁷ El proyecto, encabezado por De Brouwere y Van Lerberghe, denominado *Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence* (Estrategias de maternidad segura: una revisión de las evidencias) fue organizado, básicamente, por la Unión Europea y el Instituto de Medicina Tropical de Bélgica (TGPRESS). La logística para reunir, en el año 2000, a expertos en el tema de muer-

tante a nivel mundial y fue adoptado y utilizado, en la esfera de la Salud Sexual y Reproductiva, por instituciones, funcionarios sanitarios, investigadoras(es) sociales y activistas masculinos y femeninos, nacionales e internacionales;³⁸ convirtiéndose así en una de las principales argumentaciones de las investigaciones en la antropología médica, salud pública y medicina social sobre muerte materna y, a partir de estas, proponer las acciones que deberán ser plasmadas en políticas y programas públicos. Barragán (2010), apoyándose en Barrientos, afirma que los resultados de las investigaciones de la antropología médica están encaminadas a "...coadyuvar en la toma de decisiones en los actores sociales encargados de la salud pública en nuestro país, para mejorar la calidad de vida de la población" a través de "intervenciones únicas" y "buenas prácticas" que incidan en la disminución de la muerte materna:

te materna fue financiada por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a través de sus vínculos con la organización no gubernamental de asesoría sanitaria mundial John Snow International. La mayoría de los expertos participantes en la elaboración del documento tienen el perfil de doctores en salud pública, obtenido en universidades de Estados Unidos, Inglaterra y otros países europeos. Algunos de sus proyectos de investigación en los países del Sur fueron financiados por la USAID y empresas farmacéuticas. Este proyecto propone "la receta" que deben seguir los países del Sur para llegar a disminuir la muerte materna.

³⁸ Nos referimos, entre otras, a: fundaciones: MacArthur, Ford, Kellogg, Rockefeller, Bill & Melinda Gates; a los organismos internacionales de salud y económicos: Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), Unión Europea (UE), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), German Development Bank; organizaciones financieras y consultoras no gubernamentales internacionales: Population Council, Save the Children, Jhpiego (Johns Hopkins University), Marie Stop, Family Care International, John Snow International, EPOS Health Management; organizaciones no gubernamentales mexicanas y extranjeras: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, Instituto Carlos Slim de la Salud, Federación Internacional de Gineco Obstetras (FIGO), Conferencia Internacional de Parteras, y algunos colectivos feministas; instituciones de/y gobiernos extranjeros: Instituto de Medicina Tropical de Bélgica y Reino Unido, Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Gobierno de España; instituciones gubernamentales de salud: Secretaría de Salud (SS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); instituciones gubernamentales y no gubernamentales de investigación y capacitación mexicanas: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, A.C (CISC), El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR), Universidad Intercultural de Chiapas (UNICH), Formación y Capacitación, A.C (FOCA), y Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C. (ACASAC); finalmente, laboratorios farmacéuticos (en México, Johnson & Johnson).

El Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social presentan una serie de ensayos y artículos breves, con el fin de analizar la problemática de la muerte materna en el país y proponer acciones basadas en evidencia científica que pueden contribuir a disminuirla. (Freyermuth & Sesia, 2009, p. 7)

La mayoría de los promotores del paradigma biomédico mundial suponen que, en las investigaciones e informes sobre muerte materna, las evidencias científicas son las únicas que nos llevarán a tomar decisiones correctas para operar “buenas prácticas”, en relación con la prevención e intervenciones directas para evitar la muerte materna. Así, para la disminución de la muerte materna, se llevan a cabo reuniones técnicas que “...han tenido como objetivo intercambiar y promover enfoques, experiencias, conocimientos, estrategias y acciones basadas en evidencias científicas, técnicas o sociales que sean relevantes, urgentes, necesarias y exitosas” (Freyermuth, 2015, p. 67). Como los impulsores de la biomedicina consideran tácitamente que las parterías tradicionales poscolombinas no están basadas en evidencias científicas, silogísticamente deducen que no coadyuvan a la disminución de la muerte materna. Incluso, manifiestan en sus discursos, de forma implícita, que la atención por parte de las parterías tradicionales poscolombinas son un factor de riesgo para las mujeres embarazadas.

Sin embargo, la segunda cita de Freyermuth, arriba explicitada refiere que, no únicamente se deben tomar en cuenta las evidencias científicas, sino también las evidencias “sociales”. Sin embargo, si revisamos el estado del arte de la investigación antropomédica en regiones indígenas de los Altos de Chiapas, teniendo como pioneros en la primera mitad de la década de los años noventa a Guiteras (1992) y Villa (1945) y, con más énfasis desde aproximadamente tres décadas, a la misma Freyermuth en el tema de salud reproductiva, no encontramos investigaciones que incluyan una combinación novedosa de esta evidencia “social” y la científica. Nos referimos, es-

pecíficamente, a investigaciones permeadas por adecuados procesos de *inclusión y articulación* sobre los miles de *partos exitosos* atendidos por las parteras tradicionales indígenas. A estos *partos exitosos* no investigados podemos aplicarle la argumentación que Arriscado (2016) retoma de las Epistemologías del Sur: “Si la demostración de la eficacia de una acción está en sus consecuencias, no tiene sentido postular la exclusión *ex ante* de ciertas formas de descripción o explicación como falsas o irracionales” (p. 236).

Con esta argumentación, y siendo Chiapas un antiguo semillero de las investigaciones en el terreno de la antropología, en general, y de la antropología médica, en particular, la omisión en la investigación de los *partos exitosos* de las parteras tradicionales indígenas cae en el terreno de la ética, ya que las investigaciones publicadas, y sus propuestas políticas, normas legales y éticas, tienen como rasero superior de jerarquización epistemológica “las evidencias científicas”, siendo los conocimientos y prácticas de las parteras tradicionales indígenas un elemento trivial, accesorio e incidental. Las investigaciones sí publicadas y utilizadas en programas y proyectos relacionados con la participación de las parteras tradicionales indígenas en la muerte materna establecen, mantienen o intensifican “relaciones de dominación o injusticia” (Krotz, 2004, p. 205) en contra de la partera tradicional indígena por la vía del desinterés académico en sus prácticas efectivas.

Esta exclusión (¿premeditada?) de investigaciones sobre los saberes y prácticas prenatales para prevenir y evitar la muerte materna es interpretada por Meneses (2016) como una “especie de amnesia”: “Esta especie de ‘amnesia’ ha permitido la perpetuación de la narrativa científica occidental, cuyo enfoque sesgado de la diversidad de conocimientos que compiten [...] solo ha sido cuestionado parcialmente” (p. 192).

Como consecuencia, esta ausencia en las líneas de investigación antropomédica coadyuva a invalidar una alternativa de las mujeres indígenas para la atención de su proceso reproductivo. Esta alternativa se fundamenta en el derecho a una información (que no existe)

para la toma de decisiones de las mujeres embarazadas en cuanto al acceso a un servicio de salud eficaz y con congruencia cultural.

Podemos deducir que el uso del concepto “basado en evidencias científicas”, en el ámbito de la investigación sociomédica y antropológica en Chiapas, que relaciona la muerte materna con la actividad de la partera tradicional poscolombina, es restringido y sesgado en su significado y aplicación. Nos encontramos que estas investigaciones son insuficientes, acotadas e inadecuadamente estructuradas en su metodología cuali-cuantitativa y están diseñadas en un marco donde las variables bio-psico-neuro-sociales no son cruzadas adecuadamente con variables cuantitativas representativas. En resumen, proyectan una acentuada perspectiva reduccionista del proceso científico y una marcada inclinación a la inclusión de los determinantes que provocan la muerte materna, no hacia los que la han evitado, por siglos, desde las parterías tradicionales.

EL OXÍMORON ETNOCIDA

A partir de la segunda mitad del siglo XVI en Europa y en la época virreinal en México, los médicos, en su camino para arrebatar la práctica de la atención a las mujeres embarazadas por parte de las matronas y parteras tradicionales poscolombinas, armados con su paradigma biomédico, esgrimieron “Enaltecer a la mujer, protegerla” (Uribe, 2002, p. 26) con sus instrumentos y procedimientos. Empero, estas buenas intenciones en Europa occidental únicamente fueron permitidas al sexo masculino facilitándole estudiar medicina y ginec obstetricia. Para las mujeres europeas, y las de las colonias europeas en América, la ginec obstetricia llegó tarde (p. 22). Por primera vez una mujer recibió su título de doctora en medicina en 1754, en la universidad de Halle, Alemania (p. 23); en 1849, en Estados Unidos (Azcoitia, 2014, p. 189); en 1875, en Francia (p.189); en 1882, en España (Ortiz, 2007, p. 64) y en 1887, en México (Rodríguez, 2012, p. 10). Es decir, lo recibieron 95, 121, 28 y 133 años, respectivamente, después de Alemania.

Esta lucha feminista por empoderarse en la ciencia médica se encuadra desde el siglo XVI al XXI, iniciándose en Europa y continuando en la mayoría de los países del Sur desde el siglo XIX al presente. Este bregar femenino es contestatario al encausamiento androcéntrico que las sociedades occidentales han instrumentado en la ciencia médica. Una de las estrategias en esta lucha es la apropiación e incorporación de palabras, conceptos e ideas médicas a ciertos discursos feministas. Algunos grupos feministas han planteado mejor la transmisión e incorporación de elementos feministas hacia la medicina, o sea, la "...salud basada en el género como categoría de análisis..." (Miqueo, 2008, p.158). Sin embargo, como señala Chen (2013), "...las argumentaciones feministas sufrieron transformaciones y causaron resultados inesperados" (p. 236). Uno de ellos fue la apropiación e inclusión en su discurso del concepto "basado en evidencias científicas". Como ya he mencionado, el paradigma biomédico mundial ha utilizado históricamente este concepto como mecanismo ideológico discursivo para inculpar a las parteras tradicionales poscolombinas por las muertes maternas en los países del Sur.

En la Conferencia sobre Población y Desarrollo del Cairo, en 1994, donde grupos feministas tuvieron una participación importante e incidente en las políticas y propuestas sobre salud sexual y reproductiva femenina, ya se manifestaba de forma implícita la utilización de este concepto:

Todos los países, con apoyo de todos los sectores de la comunidad internacional, deberían aumentar la prestación de servicios de maternidad en el marco de la atención primaria de la salud. Estos servicios, basados en el concepto de la elección basada en una información correcta. (ONU, 1994, núm. 8.22)

En el Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, efectuada en Beijin, China, es más específico el mensaje:

Prestar apoyo financiero e institucional a la investigación sobre métodos y tecnologías seguras, eficaces, asequibles y acep-

tables para la salud reproductiva y sexual de las mujeres [...] y [realizarlo] en estricta conformidad con normas de investigación biomédica [...] médicas y científicas internacionalmente aceptadas. (ONU, 1996, pp. 49-50)

Esta simbiosis, ideológico-práctica, de la ciencia con el feminismo³⁹ coadyuvó a tornar los ataques explícitos contra las parteras, suscitados en años previos, en un “nuevo” discurso incluyente del concepto “basado en evidencias científicas”, concepto que trata de ocultar la realidad del etnocidio de las parterías indígenas. Paradójicamente, esta ideología política aplicada ha producido un oxímoron, en el cual algunas mujeres promueven un supuesto apoyo a mujeres perjudicando a otras mujeres: las embarazadas y parteras tradicionales poscolombinas.

LA CAPACITACIÓN ETNOCIDA

Una de las políticas mundiales para incidir en la disminución de la muerte materna en regiones marginadas de los países del Sur es la capacitación a jóvenes indígenas⁴⁰ y parteras tradicionales indígenas en el marco de la biomedicina basada en evidencias científicas. Por consiguiente, se excluyen la mayoría de los saberes y prácticas de las parterías tradicionales que no están investigados y/o validados por resultados de las investigaciones que manejan el concepto evidencias

³⁹ En este trabajo no es mi propósito inmediato abundar en la historia y efectos de la relación ciencia-feminismo, específicamente en el terreno del proceso reproductivo femenino. Tal vez siguiendo el camino de algunos espacios de la lucha feminista en relación con la salud sexual y reproductiva y la maternidad segura podamos encontrar algunas pistas y respuestas más esclarecedoras de este fenómeno sociobiológico.

⁴⁰ La Universidad Intercultural de Chiapas (UNICH), en el año 2017, inició la operación de una escuela de partería profesional que, en diciembre del mismo año, fue cancelada por inconsecuencia pedagógica con el entorno cultural indígena. Dos puntos a favor, no explícitos en los requisitos de ingreso, para las jóvenes aspirantes indígenas, eran: que su madre sea partera y que haya “soñado” ser partera. Las becas de las estudiantes fueron financiadas por la Fundación MacArthur y los contenidos pedagógicos, dominantes en esta licenciatura, correspondían con los biomédicos de la licenciatura de medicina humana (comunicación personal de la responsable de este proyecto en la UNICH, a integrantes del Área de Mujeres y Parteras de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), el 14 de septiembre de 2016).

científicas. Babatunde Osotimehin, secretario general adjunto de las Naciones Unidas y director ejecutivo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) afirmó que:

Invertir en parteras educadas y reguladas puede producir un rendimiento de 16 veces la inversión sobre la base del costo de la educación y las economías en cesáreas y otras intervenciones. Puede liberar, además, a los médicos y las enfermeras para que se concentren en otras necesidades. (Osotimehin, 2015)

Esta propuesta de Osotimehin fue, y es, aprovechada por instituciones de investigación y organizaciones no gubernamentales para agenciarse recursos. La condición para ello es generar investigación y proyectos únicamente bajo los lineamientos de los organismos internacionales que proporcionan estos apoyos; quedando así, la “libertad académica” y sus consecuentes propuestas para la acción, supeditadas a los mandatos de intereses extranacionales.

En una revisión de 60 informes y estudios no publicados (de 1971 a 1999, en 24 países) sobre la capacitación de personal comunitario para la atención del proceso reproductivo y su relación con la muerte materna, Sibley y Sipe (2004, p. 51) concluyen que los resultados de la evidencia revisada es contradictoria en cuanto a los resultados de la capacitación de este personal y, además, los informes incompletos limitan la evaluación de las habilidades adquiridas en la capacitación y su relación con la muerte materna.

Una de las particularidades de las evidencias científicas es que se encuentran en constante verificación, algunas son válidas en un momento histórico determinado y, posteriormente, pueden ser desmentidas. Ejemplo de ello fue la estrategia denominada Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo, basada en evidencias científicas y lanzada en la Conferencia de Nairobi en 1987, que propuso “la formación de parteras tradicionales para mejorar la atención del parto a nivel comunitario” (Starrs, 2006, p.1). Esta evidencia, diez años después —de acuerdo con sus proponentes— demostró no funcionar para los fines de disminución de la muerte materna:

Una década más tarde en la conferencia que marcó el 10° aniversario de la iniciativa, dos de los mensajes de acción clave sobre la maternidad sin riesgo implícitamente reconocían el fracaso de estos enfoques. Los dos mensajes contribuyeron a desplazar la atención de la iniciativa por una Maternidad sin Riesgo; muchos donantes y gobiernos comenzaron a restar importancia a los programas de gran escala de formación de parteras tradicionales, y a priorizar en su lugar las intervenciones en el sector de la salud para aumentar el acceso a las mujeres a la atención médica profesional, especialmente en el caso de complicaciones que pusieran en peligro sus vidas. (p. 2)

Sin embargo, otra década más tarde se sostuvo: “Reducir las muertes maternas derivadas de complicaciones en el parto es totalmente posible aumentando el número de nacimientos asistidos por un trabajador sanitario capacitado, es decir un médico, un auxiliar de enfermería o una partera capacitada” (UNICEF, 2008, p.51). En el año 2015 “la oficina de México de la Fundación MacArthur lanzó una estrategia de tres años que busca mejorar la salud materna y reproductiva a través del fortalecimiento de la partería profesional” (MacArthur, 2018, s/p)⁴¹. La inversión total de este proyecto para impulsar la partería profesional, que incluye la capacitación profesional y “científica” de jóvenes y parteras indígenas, fue de 17 millones 120 mil dólares (MacArthur, 2019, p. 20). Este es uno de los intentos más importantes para imponer a la partería profesional como única alternativa de atención al proceso reproductivo en México, con el consecuente “daño colateral” de la desaparición de las parterías tradicionales locales.

Estos cambios en los balances de la disputa teórica-operativa entre los “expertos” y tomadores de decisiones mundiales en salud sexual y reproductiva, sobre la capacitación basada en evidencias científicas de las parteras tradicionales poscolombinas, no abonan

⁴¹ En Chiapas la Fundación MacArthur, a través de algunas organizaciones no gubernamentales, la Universidad Intercultural de Chiapas y el Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, está apoyando activamente, con subsidios económicos, la capacitación de jóvenes indígenas e hijas de parteras tradicionales poscolombinas en el ámbito de la biomedicina.

mucho a esclarecer los determinantes de la muerte materna para diseñar y operar programas y proyectos viables en regiones marginadas e indígenas de los países del Sur. Consecuentemente han ocasionado situaciones imprevistas, como el desplazamiento de la partería tradicional indígena en Latinoamérica y, con más impacto, en países africanos:

El caso de Sudán fue objeto de particular atención al programa más avanzado de formación de parteras jóvenes destinadas a ejercer como “parteras de aldea”, nuevo tipo de personal de salud que, al parecer, está reemplazando cada vez más a las antiguas parteras tradicionales. (OMS, 1981, p. 9)

En una investigación de campo en Latinoamérica Cosminsky (1992) encontró que:

Los programas de adiestramiento han ejercido un efecto ambiguo sobre la situación de la partera [...] la medicina occidental puede también rebajar la condición de la partera indígena [...] La partera adquiere una mayor dependencia de la medicina occidental [...] A medida que aumenta esta dependencia disminuye su autoridad y la hace dudar de su propia idoneidad [...] puede disminuirle también su amor propio y la imagen que se ha formado de sí misma, con la consecuente pérdida de confianza. (pp.154-155)

Esta situación, como lo refieren el programa gubernamental mexicano Arranque Parejo en la Vida y el Population Council (2009), retomando a Buttiens, Marchal y De Brouwere,⁴² (2004), dio como resultado que “...el entrenamiento de parteras tradicionales ha sido poco eficaz para reducir la mortalidad materna” (p. 91).

⁴² De Brouwere es uno de los persistentes promotores mundiales de la generación de “proveedores calificados” para la atención del parto, dentro de la medicina basada en evidencias científicas.

CONCLUSIONES

Las raíces de la biomedicina y el paradigma biomédico mundial se generaron en la medicina europea con elementos de otras medicinas: árabe, egipcia, griega. A partir del siglo XVI la medicina europea se nutrió a través de interacciones con las medicinas de las colonias europeas del “Nuevo Mundo”, principalmente las generadas por el imperio español. Esta evolución tuvo períodos de estancamiento, retrocesos y avances tanto en países europeos como en sus colonias, dando lugar a dos situaciones: a) el fortalecimiento de la medicina europea para convertirse en biomedicina y, posteriormente, en el paradigma biomédico actual y; b) la desaparición de las matronas en Europa y la desarticulación de las parterías tradicionales prehispánicas y su paulatina desaparición en la época poshispánica en América.

En la evolución de la medicina occidental para convertirla en biomedicina, y posteriormente en paradigma biomédico mundial, operaron interacciones con las parterías tradicionales en un proceso recursivo Europa-América-Europa. En este proceso sociohistórico se involucraron, mediados por ideologías de poder, los ámbitos sociales de expresiones misóginas/racistas, lo religioso, jurídico, económico, pedagógico y de otras ciencias biológicas y exactas (matemáticas). Los mecanismos de estas interacciones provocaron la desarticulación y desaparición de las matronas en Europa. Este proceso socio-científico, selectivo y cronológico, fue trasladado desde el siglo XVI a las colonias en América, transformando y desarticulando las parterías tradicionales poscolombinas sin lograr desaparecerlas totalmente.

A partir del siglo XVIII, la dimensión científico-médica experimentó en Europa un desarrollo acelerado debido, principalmente, a sus interacciones de apropiación de técnicas e instrumentos (objetos “inanimados”) propios de otras ciencias biológicas como la química, física y las matemáticas. Esta situación dio un impulso a la biomedicina para continuar sus interacciones de poder contra las parterías tradicionales. Este proceso histórico persiste teatralizado

hasta el siglo XXI, con la participación de actores(as) con máscaras antiguas, viejas y nuevas en la escena de la salud sexual y reproductiva femenina. Investigadores, académicos, políticos, sanitaristas, algunas feministas y activistas de organizaciones no gubernamentales, armados con “la razón” y las “evidencias científicas”, pasaron a ser los principales actores. Las mujeres embarazadas, aisladas ya del producto de la concepción, desempeñan el papel que justifica la asignación de recursos económicos de agencias internacionales para investigaciones, políticas, programas y proyectos ejecutados por centros de investigación gubernamentales y algunas organizaciones no gubernamentales. A las parteras tradicionales poscolombinas se les ha asignado el rol de servidoras del sector salud con un alto potencial de culpabilidad en las muertes maternas en regiones marginadas e indígenas.

El propósito del conocimiento de los determinantes de la muerte materna en la Europa previo al siglo XIX, y de las investigaciones de los siglos XX y XXI, es similar: evitar el dolor innecesario y la potencial muerte de la madre y su hija(o) *no nato* o recién nacido. Algunos medios para lograrlo han evolucionado (analgésia, anestesia, cesárea, instrumentos de diagnóstico y tratamiento, métodos e instrumentos estadísticos para cuantificar los procesos salud/enfermedad/cuidado, etcétera); otros son los mismos o semejantes a los utilizados en el siglo XVI en Europa y XIX en América (capacitación de parteras tradicionales poscolombinas y jóvenes indígenas dentro de la biomedicina; legislaciones tendientes al control y desaparición de los saberes/ prácticas y violencia simbólica/racismos hacia las parteras tradicionales poscolombinas).

Las investigaciones sobre la muerte materna y su relación con las parterías tradicionales poscolombinas en regiones marginadas e indígenas han sido diseñadas y operadas bajo una metodología “basada en evidencias científicas”, rígida en su estructuración cualicuantitativa e interdisciplinaria. Esta se centra en los procesos mórbidos potenciales, mediatos e inmediatos o urgentes, y no en los miles de “partos exitosos” llevados a cabo por las parteras tradicionales indígenas.

La relación histórica ciencia-lucha feminista ha generado que cierto grupo de feministas haya retomado como bandera, en la lucha por disminuir la muerte materna, el concepto “basado en evidencias científicas”. Este concepto fue concebido y es utilizado por los adherentes al paradigma biomédico mundial para descalificar la participación plena de las parteras tradicionales poscolombinas en el embarazo, parto y puerperio. Esta situación ha provocado que, en la percepción de algunos sectores sociales, la participación de todas las parteras tradicionales poscolombinas se torne en un acto “riesgoso” y de potencial muerte materna para las embarazadas. Sin embargo, también ha generado un oxímoron: que mujeres que pretenden ayudar a mujeres las perjudiquen al vetar la posibilidad de una atención alterna y de efectividad cultural y médica, las parterías tradicionales.

En el siglo XXI, en los países del Sur, aún existen parteras tradicionales poscolombinas que coadyuvan evitando el dolor innecesario en el proceso reproductivo femenino y la posible muerte materna.

RECOMENDACIONES

Reafirmo la necesidad de reformar la naturaleza de la reflexión e investigación en un novedoso e imaginativo paradigma epistémico y metodológico que incluya procesos de *inclusión y articulación* adecuados a la búsqueda de nuevas posibilidades de descifrar la muerte materna y sus múltiples determinaciones. Creo que es necesario diseñar y operar investigaciones cuali-cuantitativas de los determinantes biosociales que inciden en “partos exitosos” intervenidos por las parteras tradicionales poscolombinas, en general, y las JI, en particular, en regiones indígenas.

En base a convenios internacionales sobre los derechos de los pueblos indios, se deben suspender los procesos pedagógicos, dirigidos a parteras tradicionales y mujeres jóvenes indígenas, que incluyan métodos de transmisión de conocimientos unidireccionales y sesgados hacia la dominación de la biomedicina y desplazamiento o exclusión de las parteras tradicionales indígenas, para dar paso a

uno de Consentimiento Previamente Informado, el cual genere una evolución transcultural de conocimientos y prácticas obstétricas de acuerdo con las necesidades, cosmovisión y valores de las mujeres que habitan en las comunidades marginadas indígenas de los países del Sur (remitimos a la propuesta del método pedagógico transcultural en el capítulo: La atención prenatal de la partería tsotsil/tseltal ante los riesgos de muerte materna).

Como colofón cabe recomendar que para coadyuvar a disminuir la muerte materna en regiones indígenas de México no es necesario ni ético desaparecer las parterías tradicionales para imponer la partería profesional como única opción en la atención al proceso reproductivo femenino, como pretenden la Fundación McArthur y el Sector Salud, sino entender las parterías tradicionales en sus múltiples dinámicas internas y relacionales externas. Este cambio al modelo propuesto se llevará a cabo desde la lucha, ideológica pero activista, por transformar las condiciones económicas y sociales que ha implantado el colonialismo en los pueblos indígenas del sur.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, B., & Moreno, R. *Historia General de la Medicina en México. Medicina novohispana. Siglo XVI*. Tomo II. Academia Nacional de Medicina/Universidad Autónoma de México.
- Alarcón, L. (2010). La biopiratería de los recursos de la medicina indígena tradicional en el estado de Chiapas, México. El caso del ICBG-MAYA. *Revista Pueblos y Fronteras*, 6(10), 151-180. <https://bit.ly/30uq39z>
- Arranque Parejo en la Vida y Population Council. (2009). Atención del parto por personal calificado. En G. Freyermuth & P. Sesis (Coords.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura, serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI* (pp. 91-94). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS y Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, CPMSRM. <https://bit.ly/37103yI>
- Arriscado, N.J. (2016). El rescate de la epistemología. En B.S. Santos & M. Meneses, *Epistemologías del Sur (Perspectivas)* (pp. 219-244). Akal.
- Azcoitia, M., Lombard, G., & Flores, D. (2014). Aportaciones de la mujer académica al desarrollo de la medicina y la cirugía. Recuento histórico. *Cirujano General*, 36(3), 186-191. <https://bit.ly/30zPmXQ>
- Barragán, S. (2010). Acercamiento metodológico a diversas prácticas de atención. En S.M. Peña & P. León (Coords.), *La medicina social en México III. Entre la tradición y la emergencia* (pp.157-173). Alames-EON-UAT-INAH- PROMEP.
- Baruel, J. (2001). Análisis psicosocial del desarrollo económico mundial. En A. Blanch, *La nueva alianza de las ciencias y la filosofía* (pp.171-206). Asociación Interdisciplinaria “José de Acosta” y Universidad Pontificia Comillas.
- Betancourt, J.A. (2013). Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública. *Rev. Panamericana de Salud Pública*, 34(5), 359-63. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba. <https://bit.ly/2AZJMDn>
- Bunge, M. (2012). *Filosofía para médicos*. Gedisa.
- _____. (2014). *Memorias. Entre dos mundos*. Gedisa.
- Buttiens, H., Marchal, B., & De Brouwere, V. (2004). Skilled attendance at childbirth: Let us go beyond the rhetorics. *Tropical Medicine & International Health*, 9(6), 653-4.

- Campos, G. (1993). Consideraciones para el estudio de las idolatrías en Yucatán. En P. Iglesias & P. Ligorred (Eds.), *Perspectivas antropológicas en el mundo maya* (405-417). Publicaciones de la Sociedad Española de Estudios Mayas, n° 2, coedición de la SEEM, Generalitat de Catalunya (Comisión América Catalunya 992) y l'Ajuntament de Girona, Madrid.
- Carrillo, A. (1998). Profesiones sanitarias y la lucha de poderes en el México del siglo XIX. *Asclepio*, L (2), 149-168. <https://bit.ly/2XTxRjf>
- _____. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, (19) 167-190. <https://bit.ly/2N24Qfj>
- Carrizo, L., Espina, P., & Klein, J. (2004). Transdisciplinariedad y complejidad en el análisis social. *Documento de debate*, 70; Programa MOST, UNESCO. <https://bit.ly/3dVpppc>
- Cassirer, E. (1993). *Filosofía de la Ilustración*. FCE.
- Chan, M. (2015). Alocución pronunciada por la directora general de la Organización Mundial de la Salud en el foro sobre medicina tradicional. Macao, Rep. China. <https://bit.ly/2MMzSaP>
- Cházaro, L. (2004). Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, (24), 27-51. <https://bit.ly/3hq3Xev>
- Chen, Y.T. (2013). Campaña contra mortalidad materna: un análisis de las estrategias discursivas feministas en Perú. *La ventana. Revista de estudios de género*, (37), 231-261. <https://bit.ly/2UBBRmx>
- Corral, M. (2011). *La botica de Felipe II y las plantas medicinales de El Escorial*. Creación Editorial.
- Cosminsky, S. (1992). La atención del parto y la antropología médica. En Roberto Campos (Comp.), *La antropología Médica en México 2* (139-160). Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- De Brouwere, V., & Van Lerberghe, W. (2001). *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere (Eds.). Studies in Health Services Organisation & Policy, Institute of Tropical Medicine of Belgium Press, 17, 2001, en colaboración con John Snow International, Univ. Amberes, European Community y Antwerp, Belgium. <https://bit.ly/3cUdDKo>
- De la Herrán, A. (2000). Fundamentos de Racionalidad Compleja: Aplicación al Ámbito Científico. *Encuentros Multidisciplinares*, 2(6), 60-72. <https://bit.ly/3cTRr3h>
- _____. (2011). Complejidad y transdisciplinariedad. *Educação Skepsis*,

- 2(1), 294-320. <https://bit.ly/2BYQz0w>
- Diccionario del Cáncer. (s. f). Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de Salud de los E.E.U.U. <https://bit.ly/3htO86u>
- Diez, E. (2015). Origen y evolución de la matronería. *Nuberos Científica*, 2(15), 69-73.
- Ehrenreich, B., & English, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Ed. La Sal. <https://bit.ly/2MQIgWF>
- Erosa, S., & Morales, M. (2017). Preferencia y toma de decisiones para la atención del embarazo y parto en municipios indígenas de Chiapas. Una aproximación desde la antropología médica aplicada. En E. Freyermuth, *Salud y mortalidad materna en México. Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad* (pp. 86-127). CIESAS.
- Escobar, T. (2010). La globalización del paradigma biomédico: biotecnología y ciencia vs. la medicina como profesión histórica. *Revista Colombiana de Bioética*, 5(2), 94-102. <https://bit.ly/2UE4pfk>
- Espina, P. (2007). Complejidad, transdisciplina y metodología de la investigación social. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 12(38), 29-43. <https://bit.ly/3cRpZTB>
- Esteva, S. (2006). La farmacia, comercio y ciencia. Monardes y Hernández como ejemplo. *OFFARM*, 25(11) 68-73. <https://bit.ly/30yKja7>
- Félix, L., Hernández, P., & Nachón, G. (2003). Historia de la medicina: El fórceps a través del tiempo. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 3(1). <https://bit.ly/3dTHHYd>
- Fernández, D. (2012). La historia de la medicina y de la enfermedad: metáforas del cuerpo y de las instituciones de la Edad Media al siglo XIX. *Thémata. Revista de Filosofía*, (45), 109-117.
- Flores y Troncoso, F. de A. (1982). *Historia de la medicina en México, desde la época de los indios hasta la presente*, t. I, II y III. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2008). *Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal*; diciembre, N.Y. <https://uni.cf/3enOppi>
- Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI*.
- Freyermuth, E. (2015). Monitoreo de políticas públicas, programas y servicios. En *25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia* (pp.63-68). Observatorio de Mortalidad Materna en México y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

- _____. (Coord.) (2017). *Salud y mortalidad materna en México. Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- _____. (Coord.) (2018). *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. CIE-SAS/ACAS, A.C.
- Galeote, M. (2017). La herbolaria de indias en los tratados científicos de Nicolás Monardes (1507-1588). *Anuario de Letras. Lingüística y Filología*, 5(1),1-27 <https://bit.ly/2C1O3Xv>
- Gálvez, T. (2003). Evidencias, pruebas científicas y enfermería. Reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables. *Enfermería Global*, (3),1-12. <https://bit.ly/30xwyby>
- Gallego, G., Miró, M., Ferrer, P., & Gastaldo, D. (2005). Las parteras y/o comadronas del siglo XVI: el manual de Damiá Carbó. *Texto Contexto Enferm*, 14(4), 601-607.
- Galliano, D., & Parra, F. (2007). Historia de la Ginecología y Obstetricia. *Clase de residentes*, 1-20. <https://bit.ly/2XSIVhE>
- García, R. (2011). Interdisciplinariedad y sistemas complejos. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 1(1), 65-101. <https://bit.ly/2UE5Ev0>
- Guiteras, H. (1992). *Cancuc: etnografía de un pueblo tzeltal de Los Altos de Chiapas, 1944*. Instituto Chiapaneco de Cultura.
- Hernández, F. (1959). *Medicina Prehispánica*. UNAM.
- Hinke, N. (2008). El barbasco. *Ciencias*, (89), 54-57. <https://bit.ly/2zpP-qOH>
- Instituto Nacional Indigenista. (1994). *Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana*, Tomo Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana, México.
- _____. (1994). Zoapatle. *Atlas de las Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana*
- International Confederation of Midwives. (2017). Definición Internacional de Matrona de la ICM. <https://internationalmidwives.org/es/nuestro-trabajo/pol%C3%ADtica-y-pr%C3%A1ctica/definiciones-de-la-icm.html>
- Jeffcoate, T. (1953). The place of forceps in present-day obstetric. *British Medical Journal*, 2 (4843),1-955. <https://bit.ly/2Ypx2xU>
- Krotz, E. (2004). Visiones alteradas: Ensayos sobre vínculos sobre aspectos éticos y cognitivos en las ciencias antropológicas. En L. Olivé (Comp.), *Ética y diversidad cultural* (pp. 200-222). FCE-UNAM.

- Laín, E.P. (1978). *Historia de la medicina*. Salvat Editores.
- León, B., & Berendson R. (1996). Medicina teórica. Definición de la medicina y su relación con la biología. *Revista Médica Herediana*, 7(1),1-4. <https://bit.ly/2BQGDGa>
- Letelier, L., & Moore, P. (2003). La medicina basada en evidencia. Visión después de una década. *Rev. Méd. Chile*, (131)939-946. <https://bit.ly/2Ah7Fq1>
- Ley de Salud del Estado de Chiapas. (1990). Cap. IV, art. 85, II y IV. *Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Chiapas*, México. Agosto 12, 1998.
- López, L., & Campos, A. (2014). El uso de la silla maya durante el periodo expulsivo del parto y su relación con la menor incidencia de episiotomía o desgarros perineales. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (26), 1-10. <https://bit.ly/2AV6bBD>
- López, P., López, M. (1997). La influencia española en la introducción en Europa de las plantas americanas (1493-1623). *Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 53, serie A (monografías).
- Lozoya, X. (1984). *Plantas y luces en México. La Real Expedición Científica a Nueva España (1787-1803)*. Ediciones del Serbal.
- Lugones, B. (2001). La cesárea en la historia. *Rev. Cubana Obstetricia Ginecología*, 27(1), 53-6. <https://bit.ly/2YqKTnx>
- MacArthur Foundation (John D. y Catherine T. MacArthur Foundation). (2018). *Población y Salud Reproductiva*. <https://bit.ly/37mYfVS>
- _____. (2019). *Fortalecimiento de la partería profesional en México: Evaluación de los avances 2015-2018*. Informe a la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur <https://bit.ly/37l1vBj>
- Marrón-Peña, M. (2013). Historia de la anestesiología. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36(3),212-218.
- Martínez, G., Grimaldo, P., Vázquez G., Reyes, C., Torres, G., & Escudero, G. (2015). Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 53(5),608-615. <https://bit.ly/3hjiZSW>
- Martínez, M.M. (2011). Paradigmas emergentes y ciencias de la complejidad. *Opción*, 27(65),45- 80. <https://bit.ly/2UAaTvA>
- Mendoza, G.M. (2010). La muerte materna en México, expectativas de solución más allá de los servicios de salud. Elementos de comprensión teórica e interpretativa para un abordaje cualitativo necesario. En M. Saint & P. León (Coord.), *La medicina social en México I. Experiencia, subjetividad y salud* (pp.177-189). ALAMES.

- Meneses, M. (2016). Cuerpos de violencia, lenguajes de resistencia: las complejas redes de conocimientos en el Mozambique contemporáneo. En B.S. Santos, M. Meneses, *Epistemologías del Sur (Perspectivas)* (pp.185-218). Akal.
- Miqueo, C. (2008). ¿Feminismo en el mundo científico médico? ISEGORÍA. *Revista de Filosofía Moral y Política*, (38),155-167. <https://bit.ly/2XSGXg5>
- Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia*. Anthropos.
- Nieto, O. (2013). *Las máquinas del imperio y el reino de Dios. Reflexiones sobre la ciencia, tecnología y religión en el mundo atlántico del siglo XVI*. UNIANDES.
- Organización de las Naciones Unidas. (1994). *Informe de la conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*; Cap. VIII, Salud, Morbilidad y Mortalidad, apartado C. Salud de la Mujer y la Maternidad Sin Riesgo (Medidas); El Cairo, 5 al 13 de septiembre; Publicado como A/CONF.171/13; 18 octubre 1994. <https://bit.ly/2XRfD20>
- _____. (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Publicado como A/CONF.177/20/Rev.1; 13 abril 1996 96.IV.13. <https://bit.ly/2MPGDIT>
- Organización Mundial de la Salud. (1981). La partera tradicional en siete países. Ejemplos prácticos de utilización y adiestramiento. *Cuadernos de Salud Pública*, (7).
- Ordóñez, J.E. (1996). La cuestión étnico nacional y derechos humanos: el etnocidio. Los problemas de la definición conceptual. *Cuadernos Constitucionales*, 23, 1-194. UNAM. <https://bit.ly/37kYyAs>
- Orellana, Y., & Paravic, T. (2007). Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. *Ciencia y Enfermería*, 13(1),17-24. <https://bit.ly/3hlD6jq>
- Ortiz, G. (2007). La práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina? *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, (23),61-65. <https://bit.ly/30vhZfv>
- Osoimehin, Barbatunde. (19 de octubre de 2015). Columna Invitada, Sección Global, *Excelsior*, p. 5. <https://bit.ly/2XSJ4Ax>
- Page, P. (2005). *El mandato de los dioses*. México: Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste PROIMSE-UNAM.
- Pérez, J, Abejón, J., & Pérez, J. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev. Sociedad Española del Dolor*, 12(6), 373-384. <https://bit.ly/2UTB5Bn>

- Quiminet. (2018). *Historia de Laboratorios Syntex*. <https://bit.ly/2YofOkk>
- Ramose, M. (2016). Globalización y abantu. En B.S., Santos & M. Meneses, *Epistemologías del Sur (Perspectivas)* (pp.147-184). Akal.
- Rendón P. (2013). *Beneficios y riesgos del parto vertical semisentado en mujeres gran multíparas ingresadas en el hospital Dr. Vicente Pino Morán del Cantón Daule* (Tesis); Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Obstetricia, Universidad de Guayaquil, Colombia. <https://bit.ly/3hCHOcS>
- Rodríguez de Romo, A., & Castañeda, G. (2012). La incorporación de las primeras médicas mexicanas a agrupaciones científicas, académicas y sociales. *Signos Históricos* (28), 8-42. <https://bit.ly/3ddabuy>
- Ryal, R. (1983). *Por la ciencia y la gloria nacional. La exploración científica española a América (1862-1866)*. Ediciones del Serbal.
- Santos, B.S., & Meneses, M. (2016). *Epistemologías del Sur (Perspectivas)*. Akal.
- Secretaría de Salud. (s. f.). Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional. <https://bit.ly/3efp0hQ>
- Sibley, L., & Sipe, T.A. (2004). What can a meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes? *Rev. Obstetric*, (1), 51-60. <https://bit.ly/2Ybs5da>
- Starr, M.A. (2006). Comentario. *The Lancet* (en español), (368), 1130-32.
- Towler, J., Bramall, J. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Masson, S.A.
- Trabulse, E. (1983). Historia de la Ciencia en México. Estudios y Textos. Tomo I. CONACYT/FCE.
- Uribe, E. (2002). *La invención de la mujer. Nacimiento de una escuela médica*. FCE y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Villa Rojas, A. (1945). Recientes investigaciones etnográficas en el Estado de Chiapas, México. *Boletín Bibliográfico de Antropología Americana*. (8), 42-44.
- Zamudio Valera, G. (1993). Las expediciones botánicas a América en el siglo XVIII. *Ciencias*, 29, 47-51, enero-marzo. <https://bit.ly/3fuh>

DE UN SISTEMA DE TRANSMISIÓN MATRILINEAL DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA PARTERÍA TRADICIONAL INDÍGENA A LA COOPTACIÓN INSTITUCIONAL DE SUS SABERES Y SU TRABAJO

VALENTINA ARANA MIRANDA

INTRODUCCIÓN

La partería tradicional indígena (PTI) es una construcción colectiva de saberes que desde tiempos inmemorables se han transmitido a través de linajes matrilineales, de la abuela a la madre y de la madre a la hija. En muchas ocasiones, el mandato y los saberes también son recibidos a través de los sueños, y se desarrollan mediante la experiencia que van adquiriendo. No cabe duda de que esta práctica se reproduce entre mujeres para acompañar, compartir y asistir a uno de los eventos biológicos y culturales más significativos y universales de la vida.

El parto, no solo constituye un proceso biológico, sino que también es un evento cargado de valores simbólicos y sujeto a un conjunto de rituales y normas culturales. Cada sociedad tiene sus maneras de interpretar, explicar y organizarse para asistir a la madre y al recién nacido durante la crisis biológica del parto. Para acompañar este proceso, se han creado, desarrollado, mezclado, intercambiado y, finalmente, transmitido numerosos saberes y prácticas de valor simbólico y efectivo, no solo para evaluar las condiciones de

las embarazadas y la atención del parto, sino también para brindar cuidados prenatales y postnatales, el acompañamiento a la lactancia, la alimentación de la madre y, muchas veces también, del resto de la familia a través del uso de hierbas y derivados de origen animal. Sus saberes y creencias incluyen recomendaciones y restricciones para el comportamiento de las mujeres, así como mecanismos de apoyo psicológico y social, como lo señala Cosminsky (1992). De esta manera, la partera ha desempeñado en cada sociedad un papel muy importante y fue, quizás, una de las profesiones más antiguas de la humanidad, ya que cumple con una serie de ritos y mitos que mantienen una explicación del orden religioso y social de la comunidad.

En la región de los Altos de Chiapas en el sur de México, las parteras de origen tseltal de la zona de Tenejapa, así como las de otros territorios y estados del país, coinciden en afirmar que son depositarias de un don y un mandato especial (Page, 2005). El don es percibido como un vínculo espiritual con las fuerzas de la naturaleza.¹ Estas creencias constituyen una tradición animista, ya que consideran que cada cosa posee su espíritu; la cueva, los árboles, los caminos y las rocas tienen su propio espíritu. “Todo lo que es valioso tiene *Ch’ulel*: los animales y plantas domésticos, la sal, las casas y el fuego del hogar, las cruces, los santos, los instrumentos musicales, etc.” (Vogt, 1979, p. 38).

... a las parteras les dan el don desde (el) vientre, viene pues el don, desde antes de que ellas nazcan, ya traen su don ya... la partera de antes antes... y de ahí va desarrollando, va desarrollando y va creciendo y le van a dar de soñar y cómo va a preparar, cómo va a recibir su cliente. (Micaela Icó, 7 de febrero

¹ Los tseltales entienden que el mundo y el cosmos se relaciona directamente con su cuerpo y su vida cotidiana; es una concepción holística que mantiene relación entre las cosas. Saben que una cosa afecta a la otra. Por eso, le dan mucha importancia al equilibrio, ya que mantenerlo es fundamental para la armonía entre ellos y con el medio que les rodea. Al trabajar constantemente con la tierra y mantener a su alrededor una estrecha relación con la naturaleza, tienen respeto por las deidades que ayudan a que se mantenga dicho equilibrio, en forma de pagos y reciprocidad. Los tseltales creen en el Cosmos - *Chul Chan*, la Madre Tierra - *Jmetk Banamiñ* o *Ch’ul Balumilal* y el Inframundo - *k’atimbak*, como las fuerzas duales y elementales, que en el mejor de los casos se encuentran en balance.

de 2018, comunicación personal en OMIECH, San Cristóbal de las Casas, Chiapas)

El mandato entre los tsotsiles y tseltales, según Page, es una petición o una orden proveniente de un ser superior, personificado por una mujer o por un hombre anciano; es percibido, a través del sueño de la niña, como una iniciación para que ejerza esta actividad socio-terapéutica, incluyendo su aprendizaje. En ausencia de este “sueño/mandato”, la niña muy probablemente no llegará a ser una partera tradicional indígena, con las características que debe tener para ser considerada partera *ilol*.²

Muchos de los conocimientos necesarios para desarrollar el mandato se transmiten por vía oral de mujer a mujer y mediante la práctica del oficio, así como en el transcurso de la vida cotidiana. Pueden existir excepciones, en el caso de que la descendencia de la partera sea masculina, como en el caso de los tojolabales en Chiapas. (Ana Valadez, 18 de enero del 2018, comunicación personal en San Cristóbal de las Casas, Chiapas)

Este aprendizaje se produce de manera espontánea y natural en el seno de su hogar o en su comunidad. Es muy común que, cuando una partera sale de su casa para atender un parto, sea acompañada por alguna de sus hijas o nietas, quienes estarán a su lado apoyándola, calentando el agua, cuidando el fuego o preparando alimentos para la madre y la familia.

Esto constituye un proceso educativo que fluye como elemento vital en la cotidianidad de los seres humanos, ligado a la perpetuación y circulación de los saberes. La educación funciona como eje potenciador de vida que relaciona de manera prevista o imprevista a

² Entre las mujeres tsotsiles y tseltales de Chiapas, las parteras tradicionales indígenas con características de *ilol* son aquellas mujeres, generalmente de más edad, que tienen la habilidad de curar. Ellas han recibido los conocimientos a través de sus sueños y muchas de ellas nacieron con una intuición natural que les permite desarrollar hábilmente herramientas o técnicas para curar, tales como el diagnóstico por medio de toma del pulso, rezos, limpiezas con plantas, animales o huevo y soplidos con alcohol de caña.

dos o más seres humanos y los pone en situación de intercambio y de influencias recíprocas. En el caso de la partería, este saber circula entre las parteras dotándolas de conciencia histórica y ancestral que las permea como posibilitadoras y dadoras de vida (Samboní, 2014, p. 35).

Esta forma de transmisión matrilineal no es exclusiva para asegurar la continuidad de los conocimientos sobre la partería, sino que es común para una gran cantidad de saberes que resguardan las mujeres, tales como los conocimientos sobre herbolaria, los rezos, el cultivo y la preparación de los alimentos, el cuidado de los recién nacidos y la crianza; es una serie de prácticas y rituales que reproducen aspectos centrales de su cultura, como la relación de los pueblos con la tierra, con los astros y con la continuidad de la vida en la comunidad.

Estos conocimientos, e incluso el material vegetativo del traspatio, espacio fundamentalmente femenino, se transmiten matrilinealmente. La descripción que hace Paoli de la milpa puede aplicarse en gran medida al traspatio: (la milpa) es un espacio, un terreno sagrado (*k'inal*) porque conforma, además del cultivo de un grano, la reproducción de su cultura. Se trata de un espacio en donde se aprenden a observar los ciclos de la vida, en donde se experimenta y se aprende. El maíz es la planta fundamental, la referencia clave de la agricultura y de la cultura. No solo es la producción de un cereal, es un momento muy importante de la regeneración del *kuxlejal*. Sembrar la milpa es un acto sagrado y supone un conjunto de rituales. Dichos rituales son una serie de pasos que los tseltales deben seguir para tener éxito en la siembra, en su aprendizaje y en su relación sagrada con el cosmos, con los dioses y los cuidadores del *K'inal* (Paoli, 2003, p. 58).

La fuerza con la que se produce y se mantiene la transmisión matrilineal de saberes depende del grado de reconocimiento y respeto que gozan las mujeres en sus comunidades. La fortaleza del traspaso de estos saberes, de generación en generación, depende también de la relación sagrada que tiene un pueblo con la naturaleza; es decir, del valor que se da y el respeto que muestra una población hacia su

entorno natural. A su vez, la relación sagrada con la naturaleza depende en gran medida de la manera en la que se concibe y entiende la esencia femenina de las fuerzas que en ella actúan y se reproducen. El reconocimiento que la sociedad otorgaba a las mujeres parteras, sanadoras y curanderas en Mesoamérica era señalado como una “responsabilidad de origen divino”, por lo que representaba una importante autoridad en el ámbito público y privado.

El status de la mujer en la cultura náhuatl es, sin lugar a dudas, digno e incuestionable; como lo prueba el hecho de que un cargo público como el de la cura ventris —*tamatqui-ticitli* (partera en náhuatl)— le era encomendado a ella; independientemente de que el concebido (producto) se encontrara bajo patria potestad, el reconocimiento a su participación en los oficios de la república, a través de la procreación, no admite duda, de acuerdo con las crónicas de fray Bernardino de Sahagún. (Gómez & García, 2011, p. 96)

Los tseltales tienen palabras para denominar a la naturaleza femenina provenientes de muchas de las fuerzas vitales que constituyen elementos centrales de su cosmovisión,³ y que también son parte de la vía matrilineal en la que estos saberes han perdurado a través del tiempo. Uno de estos ejemplos es la palabra, *Jmetik*, Madre, utilizada también para referirse a la Luna, *Ch'ul jmetik*, como a la Madre Tierra, *Jmetik banamil*. Es pues esta una condición natural dada, una relación directa y sagrada, implícita en su lenguaje y en su forma de vivir y estar. Estos conceptos se perciben siempre en una relación dialéctica con las fuerzas duales (masculino/femenino).

Tanto en su cosmovisión, como en su vida cotidiana, las mujeres viven en una relación estrecha con la naturaleza: conocen los ciclos

³ La “cosmovisión” es un concepto muy utilizado en las ciencias sociales para entender la percepción que muchas sociedades tienen del mundo que les rodea; “cosmos” y “visión”, como una forma de ver e interpretar la cultura, es pues, un conjunto de creencias. Alfredo López Austin lo define como un conjunto articulado de sistemas ideológicos relacionados entre sí en forma relativamente congruente con el que un individuo o un grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo.

lunares y cómo estos influyen en los plantíos, así como en sus propios cuerpos, los cuales también experimentan cambios cíclicos con las fases de su vida sexual y reproductiva. Las parteras calculan el tiempo del embarazo a partir de los ciclos de la luna y, de este modo, saben en qué momento el bebé estará listo para nacer. “El cuerpo se piensa como una imagen de continuidad entre el *Balumilal*-Tierra-Cosmos, y el mundo *Ch’ul*, sagrado, en donde las transferencias son múltiples entre ambos mundos” (Sánchez, 2007, p. 23).

Se dice que el *Ch’ulel* de una persona viene desde antes de nacer, cuando aún se encuentra en el vientre de la madre, se dice que su entidad anímica (su *Ch’ulel*) perfilará la manera de ser del sujeto, su carácter, y determinará su futura historia personal. (Gómez, 2004, p. 9)

Las PTI, con características de *ilol*, reciben enseñanzas a través de los sueños y tienen maestros y maestras espirituales, quienes constantemente les aconsejan cómo solucionar los problemas o cómo acompañar a sus pacientes. En sus sueños, sus maestras(os) las presentan ante el sol y la luna, y ante otras formas de la naturaleza, las cuales las instruyen para saber qué hacer y cómo hacerlo.

Bueno, ellas cuando lo sueñan así, es por espiritual así que se presenta, por eso le dan su capacitación (en los sueños) cómo atender, y cómo va a dar ánimo y de qué forma lo van a hacer. Pues lo hablan así por medio de los sueños, que se presenta como un hombre, pero no es hombre es Dios, se presenta una mujer, haz de cuenta como su comadre, su hija, pero no es, es la virgen... y lo presentan. La virgen, la luna, lo mira. Hay dicen pues, cuando hay luna, *unin jmetik*, dice, esa es luna tierna, ya sabe de qué forma lo va a hacer, si *yij jmetik*, ah la luna llena, ya sabe qué es, esos tienen comunicación, la luna y el sol, y toda la naturaleza, el bosque, todo así, eso le dan, le presentan pues, de todo hay... no es así nomás. (Micaela Icó, 7 de febrero de 2018, comunicación personal en OMIECH, San Cristóbal de las Casas, Chiapas)

Jmetik Banamil, la Madre Tierra, es considerada la fuente de nutrición y de vida para todo lo que existe; es la proveedora de las semillas, plantas, árboles, frutos, del agua y de la misma tierra, que son elementos necesarios para la subsistencia. Las mujeres están muy vinculadas a estos elementos, con los cuales establecen una relación estrecha y cotidiana; cuidan los animalitos de traspatio, van a buscar agua al río o pozo, siembran y cosechan maíz, elaboran tortillas, buscan en el monte la leña para preparar el fuego y los alimentos, y se dedican al cuidado y crianza de los niños.

Con todos los pequeños rituales que realizan día con día, enriquecen de manera continua y casi imperceptible el conocimiento sobre el entorno en el que transcurren sus vidas.

El bagaje de conocimientos que guardan las mujeres sobre la naturaleza y su cuidado deriva de su especial papel como productoras agrícolas, recolectoras de alimentos, plantas y hierbas medicinales para el consumo familiar... las mujeres recrean un vínculo directo y sostenible con el entorno natural cuyos conocimientos se asocian no sólo al manejo de los recursos biológicos, sino también a la preservación de los mismos. (Araya, 2001, p. 73)

La identidad de las parteras se construye en su vida cotidiana y dentro sus comunidades; se recrea en su lenguaje y en la forma en la que utilizan su cuerpo, que se manifiesta al atender un parto. Su identidad y su presencia también influyen; sus palabras, sus manos y su rostro dejan una impronta indeleble en las vidas que se inauguran extrauterinamente. Esto constituye un vehículo para transmitir muchos de los elementos que conforman una identidad cultural y que tendrán efectos perdurables a lo largo de la vida del recién nacido.

Muy probablemente con el tiempo podremos documentar mejor el impacto que para los recién nacidos tiene la luz fría y cegadora de un quirófano o de una sala de parto en los hospitales, así como el sonido de las palabras en una lengua extraña y en tono de órdenes de los médicos, aquellos seres que cubren sus rostros con cubre-bocas, y

que tocan su piel con el frío metálico de los instrumentos médicos,⁴ en contraste con los recién nacidos que nacen en la semioscuridad de su propia casa, rodeados de caras y voces familiares: la voz de una abuela partera, que le habla a su madre en la misma lengua y el estímulo que reciben de sus manos tibias, su rostro afable y sonriente.

Los conocimientos y prácticas de las parteras tradicionales se conservan o desaparecen en la medida en la que se mantiene o degrada la autoridad y el respeto hacia las mujeres, que sus familiares o los demás miembros de la comunidad les otorgan. Cabe decir que el trabajo de las parteras ha contribuido históricamente al fortalecimiento y respeto hacia las mujeres y sus cuerpos, por lo que su debilitamiento o su eventual desaparición traerían como una de sus consecuencias, debilitamiento y mayor desempoderamiento de las mujeres, dentro y fuera de sus comunidades:

... en Tenejapa ha aumentado el nivel de prostitución, y dice uno, qué es lo que hace que se pierda, antes era de cuidarse... las mamás y las parteras hablaban más con las jóvenes. Antes para nada ibas a ver que las propias madres llevaran a sus hijas como de ficheras, las que acompañan en las cantinas... eso también las ha llevado al alcoholismo de las jovencitas. Se ha perdido el valor o cuidado en el cuerpo... es cierto que las parteras han dejado de hablar más con las mujeres, sólo las revisan, hay parteras que han sido elegidas por su comunidad, esas parteras que son nombradas (capacitadas por la institución) no hacen el mismo trabajo de esas parteras que son meramente tradicionales. (C. Hernández, 6 de febrero de 2018, comunicación personal en San Cristóbal de las Casas, Chiapas)

⁴ Cada vez más, han querido adaptar el parto a un ambiente hospitalario, en el que se opera de manera mecanizada, tecnocrática, y que funciona con importantes y fuertes estructuras de poder. La medicina occidental, ahora un modelo hegemónico, se ha ido extendiendo a lo largo y ancho del mundo, homogeneizando y estandarizando el parto y la noción de este hacia todas las culturas. El parto en muchos lugares ha dejado de ser un acto íntimo y personal, para convertirse en algo impersonal y público; en muchos casos, a la mujer o a la paciente en los hospitales se le dejó de llamar por su nombre para asignarle un número de cama con el fin de ubicarla dentro de la institución.

LA IRRUPCIÓN DEL DOMINIO PATRIARCAL

El concepto ideal de la vida y la cosmovisión de los pueblos indígenas mayas de los Altos de Chiapas ha sufrido grandes cambios desde la penetración del colonialismo, acrecentando y endureciendo las estructuras patriarcales en las comunidades y privilegiando a los varones, así como los valores masculinos sobre los femeninos. Esta tendencia ha continuado hasta la actualidad y traído como consecuencia una paulatina, pero incesante erosión de la transmisión matrilineal de los conocimientos y por consecuencia, una transformación de la relación de los pueblos con la naturaleza.

Yolanda Aixelá identifica la forma en la que el pensamiento e inserción antropocéntrico del colonialismo llegó a sociedades que tenían características matrilineales, invisibilizando y erosionando la participación y la autoridad de las mujeres e imponiendo una administración androcéntrica, así como un sistema de organización jerarquizada. Estos cambios trajeron consigo un desprecio por lo diferente; todo lo que no se apegaba a los estándares impuestos era rechazado, considerado inferior, salvaje e indigno de ser tomado en cuenta y tenía que ser reemplazado. Aunque Aixelá centró su estudio en África, Guinea Ecuatorial, algunas de sus observaciones son aplicables al contexto indígena mesoamericano:

Es de sumo interés analizar el impacto de la colonización, ya que introdujo transformaciones en la categorización sexual por su implícito androcentrismo: se pretendía neutralizar la vitalidad social de las mujeres. Ello se debió a que la categorización sexual de los colonizadores estaba establecida en términos jerárquicos y desiguales lo que afectó a los colonizados: por ejemplo, la resolución de ciertos conflictos y la propia gestión colonial podía pasar por la interlocución de los colonizadores (hombres) con unos órganos comunitarios que podían estar ocupados por mujeres (Aixela, 2008, p. 6).⁵

⁵ En el libro de Aixelá se mencionan casos de este efecto colonizador en otras partes del mundo. Cita a Bon Villain: "Finally, European colonization affected indigenous political systems by legitimating native men's authority and diminishing the public political roles previously enjoyed

Las estructuras de dominio patriarcal se han ido fortaleciendo en la medida en la que las comunidades indígenas se han integrado a la economía capitalista, así como con la expansión de la cobertura de servicios públicos. Las instituciones públicas de educación y salud, carentes de pertinencia cultural, no solo han ejercido influencia, sino un verdadero control ideológico, político y económico sobre las comunidades indígenas. Esto se ha reforzado bajo la presión incesante de las políticas neoliberales por convertir los territorios de los pueblos originales, sus recursos naturales, su trabajo e, incluso, sus saberes en mercancías.

Los efectos del neoliberalismo han penetrado hasta los niveles más profundos del pensamiento, erosionando muchos de los valores culturales y prácticas espirituales de los pueblos originarios, así como su relación sagrada con la naturaleza. Este fenómeno constituye una forma de colonialismo que se introduce en las mentes y corazones de las personas, trastocando su identidad y, como resultado, sus valores y aquellos conocimientos susceptibles de ser transformados en mercancías. Este proceso ha tenido como algunas de sus más graves consecuencias la destrucción del medio ambiente y la degradación del respeto hacia las mujeres y sus saberes, lo que ha menoscabado la autoridad que detentaban tradicionalmente y ha provocado la pérdida de su autonomía, y la libre determinación sobre sus cuerpos, el territorio y la manera de decidir sobre la propia vida de los pueblos, las comunidades originarias y campesinas.

by women. Among the Iroquois, women's voice in selecting chiefs and in contributing to public discussion was muted or silenced". Estas estructuras de poder patriarcales que llegaron importadas de Europa trajeron consigo una guerra continuada en contra de las mujeres, de sus saberes y del control mismo de sus cuerpos y su reproducción, en tiempos en los que el capitalismo cobraba fuerza, la mano de obra tenía que estar administrada por el Estado, como lo menciona Federici. Si en la Edad Media las mujeres habían podido usar distintos métodos anticonceptivos y habían ejercido un control indiscutible sobre el proceso del parto, a partir de ahora (mediados del siglo XVI) sus úteros se transformaron en territorio político, controlados por los hombres y el Estado: la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista.

Política y económicamente cada proyecto que fragmentó la naturaleza y desplazó a la mujer del trabajo productivo fue legitimado como “científico” haciendo funcionar conceptos reduccionistas para lograr la uniformidad, la centralización y la dominación... el principio femenino se transforma en una categoría de oposición por sus modos no violentos de concebir el mundo y actuar en él para sustentar la vida, manteniendo la interconexión y diversidad de la naturaleza. (Shiva, 1995, p. 3)

Las políticas neoliberales han dejado de ver a los pueblos originarios como sujetos de derecho, depositarios de culturas ancestrales y guardianes de los ecosistemas más ricos y diversos del país, en los que viven y con los que han mantenido una relación simbiótica y sustentable, resultado de la coevolución de las sociedades con los agroecosistemas tradicionales. En el mejor de los casos, ven a los indígenas como “pobres” y necesitados de programas asistenciales. Los programas gubernamentales para combatir la pobreza trastocan sus necesidades reproductivas e imponen condicionamientos para forzar el parto en hospitales, entre muchos otros efectos (CPMSVCH, *El desmantelamiento de la atención obstétrica en el primer nivel de atención como determinante de la violencia obstétrica*, Amicus Curiae, 2016).

El desarrollo, como proyecto culturalmente tendencioso, destruye los estilos de vida sanos y sostenibles y crea verdadera pobreza material, o miseria, al desatender las necesidades de subsistencia mismas por desviar recursos hacia la producción de mercancías. (Shiva, 2004, p.1)

Con la integración a la economía de mercado, los programas sociales y la televisión, el concepto tradicional del *bien vivir* se ha degradado. Ahora coexisten y compiten los valores tradicionales con la atracción que ejerce el consumo de comida empaquetada, bebidas azucaradas, televisiones, casas estilo americano y una gran cantidad de productos que, no solo han erosionado la cultura alimentaria, sino la producción de alimentos.

Con esto la producción de traspacio, espacio de recreación de los

saberes principalmente de las mujeres, va retrocediendo; se contraen los conocimientos cuando la práctica se trunca. Las semillas, los tubérculos, las yerbas medicinales van menguando, erosionándose, al tiempo que lo hace uno de los espacios de autonomía de las mujeres. En el campo, la llegada de la industria y los productos químicos rompe con el esquema tradicional del *k'inal*, de la milpa, e introduce una nueva forma de explotar los recursos. Bartra lo retrata de la siguiente forma, haciendo referencia a la limitante perceptual que el sistema neoliberal tiene y que anula el valor cultural que significa la siembra:

El campo mexicano es mucho más que una gran fábrica de alimentos y materias primas para la industria. Los campesinos no sólo cosechan maíz, frijol, chile o café, también cosechan aire limpio, agua pura y tierra fértil; diversidad biológica, sociotaria y cultural; [...] los campesinos cosechan la inagotable muchedumbre de usos y costumbres que los mexicanos somos. Aunque le pese a los mercadócratas, el mundo rural no se agota en la producción de mercancías, es también y ante todo naturaleza, convivencia y cultura. (Bartra, 2003, p. 39)

En el caso de las parteras sucede algo muy parecido; es una práctica ancestral ligada y nutrida por la espiritualidad, la cultura, el conocimiento y el uso de las plantas medicinales, que abarca mucho más y de manera más abundante que la concepción médica de la asistencia al parto.

LA COOPTACIÓN, UNA EXPRESIÓN DE DOMINIO

La inserción a los servicios médicos de atención constriñe a las parteras tradicionales registradas a un trabajo apegado a estándares establecidos con criterios biomédicos y reforzado a través de capacitaciones. Este proceso ha desempoderado, condicionado y dividido a las parteras. Una de las características que tienen las capacitaciones técnicas que las instituciones de salud ofrecen es la insistencia en el

peligro y en los riesgos. Como resultado, se induce a que las parteras sientan miedo por su trabajo, el mismo miedo que se comunica a las mujeres que acuden a los servicios médicos para controlar su embarazo o para parir. La promoción del miedo ha distorsionado la forma en la que se consideraba al parto como un hecho natural y motivo de alegría y celebración.

Las capacitaciones que el sistema de salud impone a las parteras tradicionales registradas varían considerablemente de un lugar a otro y de acuerdo con las personas que las imparten. Sin embargo, un común denominador es la falta de pertinencia cultural; muchas veces se realizan en español y se traslada a las parteras a un lugar diferente de sus comunidades. Los cursos se imparten sin tomar en cuenta lo que las parteras tradicionales ya saben y el valor de sus propias experiencias; se utilizan términos médicos incomprensibles que producen un profundo sentimiento de que todo lo que han hecho tiene que ser modificado. Los cursos frecuentemente tienen como resultado la erosión de su identidad como parteras tradicionales, al minar la seguridad y estima que antes sentían por los conocimientos y las prácticas tradicionales.

Hay comunidades en donde ya casi no limpian, este, pues no recolectan sus verduras porque prefieren comprar comida, y entonces porque se cree que lo que es de fuera es lo mejor; empezaron a vender sus gallinas, porque éstas son más caras, y compran pollo de granja... algo pasó, algo se rompió ahí porque se ha deteriorado el tejido social; y entonces bueno así podemos hablar que la misma gente del pueblo buscan a las parteras capacitadas, piensan que es mejor, como ya fueron a capacitarse a San Cristóbal, aunque la partera que haya venido a capacitarse no le haya entendido nada al médico pues, porque también eso es importante, porque no las capacitan en su propia lengua y entonces afecta, aunque sea el mismo tseltal, pero que sea tseltal de Oxchuc o de Ocosingo, es diferente con las de Tenejapa, pareciera que son iguales pero el significado es diferente. (C. Hernández, 6 de febrero de 2018, comunicación personal en San Cristóbal de las Casas, Chiapas)

Existe una amplia literatura que habla de la discriminación ejercida hacia la medicina tradicional por parte del sistema de salud hegemónico, desde donde se califica a la medicina tradicional y a la partería en particular, como prácticas atrasadas, inseguras, sucias, supersticiosas y poco válidas.

Por eso actualmente un gran número de parteras ya no quieren mencionar si son parteras, no quieren mostrarse (se esconden) porque se sienten como obligadas, sienten un rechazo, lo han dicho el personal, que no valoran bien su conocimiento... (Micaela Icó, 7 de febrero de 2018, comunicación personal en OMIECH, San Cristóbal de las Casas, Chiapas)

... unas mujeres que quieren aprender a ser partera, es como querer llegar así a cortar camino, es por ejemplo, yo me voy a llegar rápido a esa, entonces es así como recibe capacitación, no lo han dado su don pero quiere aprender por medio de lápices, de su cuaderno, de apuntes, para preparar eso es cortar camino, yo estoy diciendo eso, pero la mera verdad... ellas no necesitan capacitación, ese es el problema, ahí es el tope, es eso lo más dolor, estoy con ellas pues, y no es necesario ni escribir, todo lo saben, su cuaderno es su mente, su cuaderno de su corazón... ella pues sin bata, sin guantes, atiende. ¿Y cómo va a vivir? Va a sembrar, va a cosechar... (Micaela Icó, 7 de febrero de 2018, comunicación personal en OMIECH, San Cristóbal de las Casas, Chiapas)

Sin embargo, las instituciones de salud reconocen que las parteras son mujeres que detentan cierta autoridad en sus comunidades, hablan la lengua local y gozan de una relación directa con las mujeres y de la confianza de estas; por ello, las ven de manera utilitaria, como instrumentos para ampliar la cobertura de los servicios de salud, llevar el control de la natalidad, suministrar información y métodos anticonceptivos, así como realizar otros servicios de salud reproductiva a mujeres de comunidades alejadas. Actualmente, muchos programas promueven su papel como canalizadoras y acompañantes para llevar a las mujeres embarazadas a los hospitales para su atención.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) financió en Chiapas un programa en el que las parteras recibían un pago por cada mujer que canalizaran a un hospital para ser atendida. Organizaciones de la sociedad civil insistentemente denunciaron esta práctica como una forma de trastocar el papel original de las parteras tradicionales. Las parteras indígenas en Chiapas y en otros estados viven bajo la proscripción reiterada, aunque no escrita, de atender partos, y la amenaza de sanciones e incluso de cárcel si lo hacen (CPMSVCH, Recuento de agravios: testimonios de parteras tradicionales indígenas, 2016).

Antes de la declaración de Alma Ata (URSS, 1978) el trabajo de las PTI no era reconocido desde las esferas institucionales. A partir de entonces, inició una política mundial derivada de los organismos internacionales, Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), tendiente a desarrollar estrategias para incorporar a los médicos y parteras tradicionales al sistema médico alópata en el marco de la estrategia de atención primaria de salud (Araya, 2011:42). Fue así como se inauguró en el discurso oficial la forma en que se debería intervenir a las PTI, que mayoritariamente vivían y siguen viviendo en zonas marginadas, con la idea de que cubrieran los servicios de atención de primer nivel.

A partir de ese llamado a los países del entonces llamado Tercer Mundo a formular programas integrales con la participación de las parteras tradicionales, en México se realizó (Mellado, 1989, p. 22) la I Convención Nacional de Salud en México (1978) y se mencionó lo siguiente:

Se hace necesario el establecimiento de un programa nacional de salud con niveles de atención definidos, en los cuales el primer escalón de la periferia al centro sea la empírica adiestrada como promotora de salud. [...] Para que la empírica actúe como promotora de salud es necesaria la existencia de una infraestructura sanitaria que permita la referencia de pacientes y su selección en tal forma que el recurso de salud instalado

sea bien aprovechado. [...] La empírica debe ser adiestrada y supervisada como promotora de salud, en tanto los recursos del país sean insuficientes para llevar atención médica a la población rural dispersa. (Arias *et al.*, 1989, p. 22)

En 1993 se publica una declaración conjunta por parte de tres grandes organizaciones internacionales, OMS, FNUAP y UNICEF, para hablar de las parteras tradicionales, en donde se dice que son actores sociales/comunitarios importantes a reconocer siempre y cuando cumplan con un “adiestramiento adecuado”. “Debidamente adiestradas, las PT podrían asistir partos en condiciones higiénicas y desempeñar al mismo tiempo otras funciones sanitarias” (OMS, 1993, p. 2).

En la misma declaración explica que esas “otras funciones sanitarias” son la promoción de métodos de planificación familiar, educación sanitaria de nutrición, lactancia natural, higiene personal y ambiental, prevención del VIH y vacunación.

Los objetivos en el discurso público de la OMS y de otros organismos internacionales y, por consiguiente, las metas del gobierno mexicano son reducir la mortalidad materno/infantil, así como mejorar la salud reproductiva de mujeres que viven en lugares apartados, institucionalizar el parto y “adiestrar” a las parteras tradicionales. En el mismo texto declaran que hay que reforzar los vínculos entre la comunidad y un servicio moderno de asistencia sanitaria, aumentar el número de partos asistidos por parteras adiestradas, y mejorar los conocimientos, la comprensión y la categoría profesional de las PT (OMS, 1993).

Estos pronunciamientos oficiales, con tanto peso político, estuvieron impulsando un pensamiento de “desarrollo”, que consideraba que la medicina alópata y la ciencia moderna eran las únicas legítimas y eficaces, sin considerar que la medicina tradicional siempre ha estado y ha sido el recurso de curación de los pueblos desde tiempos inmemoriales. Esta es una clara forma de considerar que lo “más avanzado” es lo mejor, que la ciencia y la tecnología son el medio para obtener “el control” de la salud.

Desde este enfoque, las políticas que se han desarrollado han estado encaminadas a asimilar y cooptar la práctica de la partería tradicional por el sistema biomédico, para que las parteras se integren al sistema de salud y trabajen como asistentes en el primer nivel atención. Esta apreciación no es nada nueva, al contrario, es un discurso antiguo. Desde 1989 se vislumbraba la fuerza y el rumbo que las instituciones estaban tomando para la cobertura de servicios materno-infantil en el medio rural, y lo que esto significaría para las parteras tradicionales; como publicaron en *El papel de la empírica como promotora de salud materno-infantil*.

La tendencia actual parece ser la de la paulatina desaparición de la partera tradicional, o su conversión a partera adiestrada. Este último factor da por resultado un incremento en el número de parteras empíricas captadas por el sistema institucional de salud y, en consecuencia, la proliferación de los conceptos de la medicina alopática, así como cambios en la relación partera-población. (Mellado, 1989, p. 24)

En el discurso oficial, la campaña para impulsar la profesionalización de la partería se expresa como una preocupación por la salud y los derechos de las mujeres que viven en el campo, pero en la práctica, y en la forma en que son aplicados los programas, han tenido como uno de sus efectos, discriminar, marginar y controlar a la partería tradicional, limitando su autonomía, aprovechándola utilitariamente y desacreditando sus saberes; lo que resulta en el desempoderamiento de las parteras.

El condicionamiento que ejercen los programas sociales, como el caso de “Prospera” o, anteriormente, “Oportunidades” constituye una fuerte amenaza ya que obliga a las mujeres beneficiadas por este programa a atenderse en hospitales bajo la advertencia de perder los beneficios monetarios que reciben mensualmente.

Los apoyos condicionados presionan a las mujeres para tener un parto institucional, generalmente hospitalario. Bajo este condicionamiento, las mujeres pierden la libertad para escoger el tipo

de atención que ellas desean, lo que irremisiblemente disminuye de manera drástica la demanda del trabajo de las parteras. Ante la disminución de la demanda de su trabajo y de otras presiones, tales como la criminalización de su labor, la prohibición de atender partos, las amenazas de cárcel o multas que las parteras tradicionales refieren (CPMSVCH, Recuento de agravios: testimonios de parteras tradicionales indígenas, 2016), muchas parteras tradicionales, han optado por inscribirse en el padrón de parteras registradas, con lo que adquieren la obligación de participar en cursos de capacitación y realizar actividades impuestas por los servicios de salud. A cambio, las parteras registradas se sienten relativamente protegidas: algunas reciben una muy pequeña retribución económica.

Lo más significativo es probablemente el hecho de que las parteras registradas tienen, prácticamente en exclusiva, la facultad de otorgar certificados de alumbramiento, situación que les ha conferido un privilegio sobre las parteras tradicionales no registradas, quienes tienen que depender de las primeras. Esta situación, además de ser una causa de división entre las PTI (Arana, 2010), provoca en algunos lugares conflictos debido al abuso del pequeño poder que confiere la exclusividad sobre los certificados de alumbramiento. Debido a que estos certificados son requeridos para obtener el acta de nacimiento y los beneficios del programa “Prospera” (circuito de control cerrado), las parteras tradicionales no registradas se encuentran aún más presionadas.

Esta ha sido una presión más para que las PTI se acerquen a los servicios de salud, en donde existe un sistema de registro y en donde son capacitadas mensual o bimensualmente para tener acceso a certificados de alumbramiento. Hay parteras tradicionales que, por distintas razones, ya sea por temor, por el deseo de permanecer autónomas o por experiencias negativas previas con las instituciones de salud, deciden permanecer al margen del registro.

... Que es necesario tu credencial, donde recibiste capacitación, así te valoran, si no no, es así como lo dicen... es donde

no no le gustan, o sea, las parteras sienten que tienen patrón, que tienen dueño, eso no me gusta dicen, me siento que me están vigilando, me están checando; pues no, y además si no tengo los documentos así donde recibí capacitación, no me registran los niños recién nacidos, que así van a pedir su acta de nacimiento y no lo registran a los niños. Pero si así nacen en el hospital... o con las enfermeras, eso sí sirve rápido y no hay problema. (Micaela Icó, 7 de febrero de 2018, comunicación personal en OMIECH, San Cristóbal de las Casas, Chiapas)

Las capacitaciones que reciben las parteras registradas no corresponden generalmente a un sistema de capacitación bien sistematizado y progresivo; las parteras señalan que son repetitivos, que se utilizan lenguajes de difícil comprensión y muchas veces se realizan incorporando dinámicas participativas que las parteras han manifestado como infantiles y no adecuadas para mujeres de su edad. La mayor parte de los cursos de capacitación se llevan a cabo fuera de sus comunidades, por lo que para muchas de ellas resulta muy difícil salir de sus casas y dejar a sus familias, así como obtener el permiso de sus parejas y dejar desatendidas a las mujeres que están acompañando.

En las capacitaciones generalmente se les dice a las PTI que muchas de sus prácticas son inadecuadas y peligrosas y, por lo tanto, estos cursos inciden en la modificación de sus prácticas y pérdida de saberes. El tipo de capacitaciones es una causa frecuente para que las parteras no quieran ser registradas; les enseñan a referir y a reducir su trabajo a meras acompañantes de las embarazadas.

Con esto, no se pretende negar la ineludible responsabilidad que tiene el Estado de proteger la salud de las mujeres y los recién nacidos, así como de mejorar las condiciones de salud en las comunidades, y proporcionarles servicios asequibles; sin embargo, se debe señalar que el Estado debe respetar los derechos culturales y, en el caso de la PTI, esto implicaría el no interferir en su existencia, sobre todo porque la partería forma una parte muy importante del tejido social y cultural en las comunidades indígenas.

Es muy importante señalar que predomina una visión reduccionista de los servicios hacia las parteras, desde donde se les mira únicamente en su intervención de asistir partos; por ello, el intento de reducir a las parteras a meras acompañantes o distribuidoras de métodos de planificación familiar empobrece su papel social y cultural, restringiendo su trabajo y afectando profundamente el papel que ocupan en sus comunidades y, por ende, debilita el respeto hacia ellas y su trabajo, lo cual afecta su autoestima y les crea incertidumbre acerca de su futuro.

La capacitación de las parteras está plagada de prohibiciones y miedo, y es causa de confusión ante su propio trabajo, lo que ocasiona inseguridad y desconfianza que más tarde se refleja en su práctica a la hora de atender a las mujeres, lo cual abona a que existan mayores riesgos. Estos mecanismos constantes van cortando los hilos que conducen los conocimientos de mujer a mujer desde tiempos ancestrales.

CONCLUSIONES

Hoy en día las PTI corren el riesgo de desaparecer; sus conocimientos y prácticas heredados matrilinealmente y durante muchos siglos están en peligro, amenazados por una mezcla de indiferencia, desprecio y codicia por las “oportunidades comerciales y profesionales” que supone su extinción. La desaparición de la tradición de la partería significaría el control absoluto del proceso reproductivo de las mujeres por parte del sistema de salud y despojaría a estas de su control.

Una amenaza de mayor impacto para la PTI es el condicionamiento de los programas sociales “Progresá” y “Seguro Popular”, que imponen a las mujeres la obligación de que sus partos sean atendidos en los hospitales si quieren continuar recibiendo los apoyos económicos que estos programas proporcionan. De momento no se ha encontrado un documento escrito y explícito que lo diga; sin embargo, es un testimonio repetitivo por parte de las mujeres y de las mismas parteras, así como también se señala en el Amicus:

En la encuesta que el CPMSVCH llevó a cabo en 444 mujeres gestantes, 25.9% manifestaron que se les dijo que si su parto no era atendido en un hospital, podían perder los beneficios de los programas sociales que reciben. El tipo de coacción ejercida por el personal médico y algunos programas sociales de acuerdo con la consulta realizada muestra que en 42% de los casos esta advertencia provino del personal médico, en 37%, del personal de los programas sociales y en 21%, de ambos. (CPMSVCH, Amicus Curiae, 2016, p. 7)

La substitución de las vías de transmisión matrilineal por capacitaciones biomédicas diseñadas sin conocimiento ni respeto de las formas en las que se ha reproducido la partería tradicional indígena constituye en sí un acto de violencia. Borrar y destruir antes de entender, con el fin de imponer una nueva lógica y nuevas prácticas ha sido un error reiterado en muchos campos que se ha cometido en aras de la ciencia. Muchas veces, el reconocimiento de errores similares se ha producido cuando ya es demasiado tarde, cuando se ha destruido irreversiblemente una práctica que evolucionó con los pueblos mismos y de acuerdo con contextos culturales y necesidades específicas.

Si se pierde a las PTI, con la falsa idea de que pueden ser substituidas por jóvenes indígenas entrenadas como parteras profesionales, ni los recuerdos nostálgicos ni el arrepentimiento serán útiles para compensar lo que se ha destruido. Al igual que todo el mundo se empobrece cada vez que desaparece una lengua o una semilla, la extinción de las parteras dejará desnuda y sin protección la piel bajo la cual las mujeres paren y los niños nacen en su cultura.

En las sociedades indígenas contemporáneas, las formas de organización tradicionales se han ido reduciendo y han sido reemplazadas por figuras organizativas externas que son funcionales para la sociedad de mercado, la participación política corporativa y las exigencias de los programas sociales. Las formas de organización impuestas desde afuera han sido predominantemente patriarcales y han contribuido a reducir los espacios de participación de las mujeres.

Las políticas sociales impulsadas por los criterios del Banco Mundial han promovido formas de participación de las mujeres en comités, como vocales de programas o como promotoras. Estas formas de participación las han reducido a operadoras de políticas y programas diseñados desde afuera.

En contraste, a las parteras tradicionales se les ha combatido, hostigado, perseguido y condicionado. La figura de autoridad soberana, propia de las sociedades indígenas, ha sido relegada a tal nivel que estamos en un momento en el cual una de las últimas figuras de autoridad y respeto a las mujeres corre un gran peligro de extinguirse.

Si se eliminan los canales de transmisión matrilineal del conocimiento y de las prácticas de la partería, estos desaparecerán para siempre; el proceso será irreversible. Se habrán extinguido las últimas arterias por las cuales corren los sueños, los rezos, las prácticas de atención, los remedios herbolarios y muchos elementos que nutren la vida y la cultura de las sociedades indígenas. Si estas arterias vitales dejan de latir, desaparecerán elementos esenciales de la vida y de la cultura. Las mismas parteras indígenas dejarán, de una vez por todas, de ser ellas mismas.

Existe una responsabilidad profesional, ciudadana y de la población en general, principalmente de las mujeres, para que estas arterias nunca dejen de latir. “La recuperación del principio femenino permite trascender de los cimientos patriarcales del mal desarrollo y transformarlos. Permite redefinir el crecimiento y la productividad como categorías vinculadas a la producción —no a la destrucción— de la vida” (Shiva, 1995, p. 2).

Esto únicamente podrá conseguirse si primero rescatamos la dimensión ánima, dimensión de lo femenino en el hombre y la mujer. A través del principio femenino el ser humano se abre al cuidado, se hace sensible a la profundidad misteriosa de la vida y recupera su capacidad de maravillarse. Lo femenino ayuda a rescatar la dimensión de lo sagrado. Lo sagrado siempre pone límites a la manipulación del mundo, origina la veneración y el respeto, fundamentales para salvaguardar la

Tierra. Crea la capacidad de re-ligar todas las cosas a su Fuente creadora y ordenadora. (Boff, 2017, p. 5)

En el mismo sentido que lo señalan Vandana Shiva y Leonardo Boff, estamos en un tiempo en el que no solo es necesario, sino esencial para la continuidad de la vida, reconectar, reconocer y recordar los canales matrilineales del conocimiento que han sido tejidos, protegidos y heredados entre mujeres; las jóvenes parteras aprendices reciben el conocimiento y la autorización de las parteras abuelas, quienes las acompañan en su caminar por la vida. Las familias y la comunidad respetan el papel de las PTI porque reconocen que el parto es un momento sagrado, íntimo y es la continuidad de la cultura; por eso su valorización es muy importante.

BIBLIOGRAFÍA

- Aixela, Y. (2008). Androcentrismos en África. Los casos matrilineales y el ejemplo bubi de Guinea Ecuatorial. En Martí y Aixelà (Eds.), *Estudios africanos: Historia, oralidad y cultura*. CEIBA.
- Arana, M. (2010). *Determinantes sociales de la mortalidad materna y perinatal en Tenejapa*, Informe para el FNUAP, CCECSC.
- Araya, M. J. (2011). *Parteras indígenas. Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*. Ediciones Abya-Yala.
- Boff, L. (2017). Espiritualidad ecológica: retos ético-sociales de la ecología. *Formación Integral*. <https://bit.ly/2UWSRE1>
- Cominsky, S. (1992). La atención del parto y la antropología médica. En Roberto Campos (Comp.) *La antropología médica en México: UAM*.
- Comité Promotor de una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas (CPMSVCH) (2016). *Recuento de agravios: testimonios de parteras tradicionales*. Informe preparado para el Tribunal Simbólico sobre Violencia Obstétrica en México.
- _____. (2016). El desmantelamiento de la atención obstétrica en el primer nivel de atención como determinante de la violencia obstétrica. Amicus Curiae, México.
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de Sueños.
- Gómez, M. (2004). *Tzeltales: pueblos indígenas del México contemporáneo*. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- Gómez T., D., García, C., & López, C. (2011). Ser y hacer. Personajes divinos antecesores de la enfermería perinatal mexicana, *Texto & Contexto Enfermagem*, 20. Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina. <https://bit.ly/30SWmPC>
- López A. (1973). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, 2 vols., Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martín-Cano, A. (2005). Estudio de las sociedades matrilineales. *Revista Nómadas. Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 12(2).
- Medina, A. (1991). *Tenejapa: familia y tradición en un pueblo tzeltal*. Gobierno del Estado de Chiapas, Instituto Chiapaneco de Cultura.
- Mellado, V., Zolla, C., Castañeda, X., & Tascón, A. (1989). *La atención al embarazo y parto en el medio rural mexicano*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).
- Page, P. (2005). *El mandato de los dioses: etnomedicina entre los tzotziles de*

- Chamula y Chenalhó Chiapas*. UNAM- PROIMMSE.
- Paoli, A. (1999). *Comunidad tzeltal y socialización en Chiapas*, Vol. 7. Ed. Neus Espresate.
- _____. (2001). "Lekil kuxlejal. Aproximaciones al ideal de vida entre los tzeltales". *En publicación: Chiapas, no. 12*. IIEC, Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez, C. (2007). Cuerpo, Ch'ulel y Lab. Elementos de la configuración de la persona tseltal en Yajalón Chiapas. *Revista Pueblos y Fronteras digital, 4*. IIA FFyL UNAM.
- Shiva, Vandana (1988). *Abrazar la vida. Mujer, ecología y supervivencia*. Ed. Horas y horas.
- _____. (2004). La mirada del ecofeminista. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, 3(9)*, Universidad de Los Lagos.
- Vogt, E. (1979). *Ofrendas para los dioses*. Fondo de Cultura Económica.

DE LA PARTERÍA TRADICIONAL A LA PARTERÍA MODERNA SOBRE CONTINUACIÓN Y RUPTURA EN UN OFICIO TRADICIONALMENTE FEMENINO EN EL NORESTE DE MÉXICO

VERONIKA SIEGLIN

INTRODUCCIÓN

Por milenios ayudar a mujeres parturientas a dar a luz fue una tarea exclusiva de las mujeres. De esta forma estas crearon y acumularon un acervo de conocimientos y técnicas de intervención propias en torno al embarazo, el nacimiento, los cuidados psicofísicos necesarios para la posterior recuperación de las parturientas y la crianza de los recién nacidos (Anisef & Basson, 1979; Soman, 2013). Dichos saberes se concentraron históricamente en las parteras tradicionales.

Hasta la fecha, en muchos lugares, el acompañamiento de una partera tradicional durante el embarazo, el parto y el puerperio significa para muchas mujeres la oportunidad de evitar complicaciones de salud y de salvar su vida y la de sus pequeños vástagos. El acompañamiento de una comadrona genera asimismo una serie de efectos psicológicos que facilitan a las parturientas el transitar con más calma por los angustiantes momentos relacionados con el dar a luz. Con una partera a su lado se saben acogidas, animadas y comprendidas cuando afrontan las tensiones emocionales y los dolores asociados a las contracciones. La presencia de una comadrona aumenta, además,

su sentimiento de seguridad en instantes de gran vulnerabilidad y los consejos recibidos en los días posteriores al parto y facilitan una mejor recuperación de la joven madre y del recién nacido. Por la forma cómo atienden a las mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio es posible sostener que las parteras parten de una visión holística que integra aspectos físicos, psicológicas y socioculturales (Flack, 1947; Sieglin, 2004).

Dado que las parteras han sido mujeres comunes dedicadas a las actividades familiares, no han generado una literatura nutrida que plasme sus saberes sobre el embarazo, el parto y el postparto (con algunas excepciones como las obras de Trotula en el siglo XVI y de Louise Bourgeois, Jane Sharp y Justina Dietrich en el siglo XVII, para mencionar algo) (Anderson & Zinsser, 1992; Barclay, 2008). Sus conocimientos se han transmitido por tradición oral y por medio de un entrenamiento práctico de niñas y adolescentes, quienes asisten, a menudo durante muchos años, a una partera experimentada (Sieglin, 2004; Saravanan et al., 2010; Choguya, 2015).

Por largo tiempo, las parteras tradicionales operaron con gran independencia de los poderes políticos. En Occidente esto cambió paulatinamente con la expansión del cristianismo y el advenimiento de la Modernidad. Durante el Medievo se encontraron fácticamente subordinadas a la Iglesia y se les obligó a reportar los nacimientos y decesos ocurridos durante los partos al sacerdote de su parroquia (Anderson & Zinsser, 1992; Knibiehler, 1993). Con la institucionalización de la medicina, incluyendo el establecimiento de escuelas médicas, hubo gradualmente nuevas presiones sobre las parteras. Sin embargo, pasaron aún muchos siglos hasta que las parteras quedaran desplazadas por los médicos en los países desarrollados (Anderson & Zinsser, 1992; Fahy, 2007). En la periferia capitalista dicho proceso se prolongó hasta el siglo XX cuando, con el surgimiento masivo de la sanidad pública, las mujeres de todas las clases sociales en las zonas urbanas empezaron a parir en un hospital bajo el auspicio médico. Desde entonces las parteras tradicionales han sido toleradas solo en áreas geográficas de difícil acceso y con carencias en la infraestruc-

tura sanitaria (Sieglin, 2004; Dietsch & Mulimbalimba-Masururu, 2011; Soman, 2013; Bell et al., 2014; Choguya, 2015; Summer et al., 2017).

El desplazamiento y la erradicación de la partería tradicional han sido vinculados con las actividades legislativas y regulatorias del Estado. Ciertamente, la creación de reglamentos y leyes relativos al ejercicio profesional, los conocimientos requeridos y las acreditaciones exigidas de quienes atienden a mujeres en labores de parto ha sido de gran importancia para explicar el desplazamiento de la partería tradicional (Bogossian, 1998; Fahy, 2007; Barclay, 2008). Sin embargo, su destierro no se reduce a tales aspectos legales. Una importancia parecida ha tenido la puesta en circulación de discursos orientados a desacreditar la partería tradicional ante un público amplio al presentar a sus ejecutantes como personas irresponsables, ignorantes y hasta culpables de las muertes materno-infantiles (Sieglin, 2004; Fahy, 2007; Dietsch & Mulimbalimba-Masururu, 2011). La difusión masiva, intensa, sistemática y persistente de dichas narrativas por instituciones y actores sociales de elevado estatus social, prestigio y poder (por ejemplo, profesionales de salud, maestros, funcionarios de gobierno) logró gradualmente su objetivo: influir profundamente en el pensar, el sentir y el actuar de las mujeres en edad reproductiva y de sus familiares, lo que motivó a aquellas a buscar la asistencia de un médico en lugar de una partera. Este mismo discurso ayudó también a convencer a las parteras practicantes a abandonar su actividad y evitar que mujeres jóvenes ingresaran a dicho oficio.

La eficacia de las narrativas estigmatizantes no se vincula con la calidad de la información que brindan sino con su capacidad de provocar respuestas afectivas en los receptores: buscan despertar un cúmulo de emociones, afectos y actitudes adversos hacia el grupo de personas estigmatizadas, e influir de esta forma en la interacción social con los individuos y grupos marcados. En el desplazamiento de la partería tradicional, la estigmatización de tal oficio y de sus practicantes ha sido utilizada para inducir miedo tanto en las mujeres embarazadas (de tener alguna complicación médica o poder morir

por la negligencia de una partera tradicional) como en las mismas parteras (de ser encarceladas en caso de una complicación en el parto). El miedo ha constituido un dispositivo poderoso para lograr que tanto la oferta como la demanda de servicios de partería tradicional hayan descendido paulatinamente. Bajo la influencia del miedo, los individuos se sienten más tentados a restringir sus acciones, es decir, evitan realizar acciones que podrían convertirse en amenazas serias a su existencia. De esta forma no es el Estado, sino los individuos estigmatizados, los que suprimen una actividad social determinada: la censura se traduce en autocensura.

En la periferia capitalista, donde la partería tradicional se ha conservado en menor o mayor grado en algunas áreas rurales, este proceso de invalidación es aún observable. Su análisis aporta, por una parte, una mejor comprensión de la radicalidad de la lucha emprendida por la modernidad contra una tradición cultural sostenida por las mujeres y permite, por la otra, comprender por qué la recuperación de la partería tradicional resulta tan difícil.

En las siguientes líneas me ocuparé de la invalidación de la partería tradicional a través de cursos de capacitación impartidos entre 1970 y 1990 a parteras rurales en el noreste de México, concretamente en el estado de Nuevo León. A través de estos cursos, cuya duración varió entre un día y varias semanas, el Estado cuestionó el valor y la legitimidad de un acervo de conocimiento tradicional que estaba en manos de mujeres, y desplegó una serie de estrategias orientadas a inducir a las parteras tradicionales a desistir de su oficio. Me centraré, en particular, en la intervención en el autoconcepto y la autoestima de las parteras tradicionales y en la consiguiente atomización política del grupo de parteras. La invalidación de ese oficio tradicional entrelazó de esta forma aspectos políticos, sociales y psicológicos.

El material analizado recoge las experiencias de 36 parteras tradicionales quienes laboraron entre 1970 y 1990 en el centro-sur y en las zonas montañosas del estado de Nuevo León, México. Veintiún mujeres asistieron a tales entrenamientos; quince se resistieron. Antes de atender el primer parto, la mayor parte de las mujeres había

pasado un largo período de iniciación que había empezado a menudo en la niñez o adolescencia y se había complementado en la adultez con la experiencia de dar a luz a sus propios hijos. De las 36 entrevistadas, 75% ingresó a la partería asistiendo a sus abuelas, madres u otras parientes cercanas, quienes se habían desempeñado como comadronas; 5.5% se formó con la partera del pueblo, y 19.4% dijo haber aprendido por experiencia propia. Para recopilar la información se realizaron entrevistas a profundidad, que fueron grabadas con el consentimiento de las informantes, transcritas y analizadas a través del análisis del discurso (Sieglin, 2004).

Para una mejor comprensión de la relación conflictiva entre tradición y modernidad, iniciaré mi exposición con algunas reflexiones sobre este tema. El apartado siguiente explora las psicotécnicas utilizadas por el Estado en los cursos de capacitación y muestra cómo parteras con muchos años de experiencia profesional aceptaron poco a poco los controles del Estado y optaron por abandonar, en un segundo paso, el ejercicio de su oficio.

LA INVALIDACIÓN DE LOS SABERES TRADICIONALES Y LA MODERNIDAD

Los conocimientos y las prácticas ligados a la atención tradicional del embarazo, parto y postparto se han desarrollado a lo largo de miles de años en el marco de sociedades estructuralmente poco diferenciadas y con niveles de división social del trabajo relativamente bajos. Estos conocimientos de carácter eminentemente local se plasmaron en saberes comunes, creencias y costumbres y se transmitieron a través de sistemas de enseñanza no formalizados insertos en la vida cotidiana. Ello tuvo por consecuencia un corpus de saber altamente heterogéneo y que cambiaba solo de forma lenta y desigual.

En Occidente, la importancia práctica de estos saberes tradicionales empezó a erosionarse con el tránsito a la Modernidad. De acuerdo con Habermas (1989), ciertas actividades claves de la vida cotidiana (la producción material, la atención de la salud, la educación y el autogobierno) se separaron gradualmente del mundo de la

vida como una totalidad y se integraron en instituciones especializadas (empresas, hospitales, escuelas y universidades, aparato gubernamental), que en su conjunto conforman lo que él denomina “el sistema”. A diferencia del mundo de la vida, que custodia la tradición cultural, las interacciones en el sistema se guían predominantemente por la racionalidad instrumental, es decir, por el esfuerzo de optimizar la relación entre los objetivos propuestos y los medios para alcanzarlos. Ello ha posibilitado una revolución en cuanto a la creación de conocimientos y tecnologías, productividad y eficiencia. El sector salud expresa magistralmente dichas transformaciones: en los últimos dos siglos, la investigación biomédica ha llevado a una comprensión cada vez más compleja y sutil de la fisiología humana y ha contribuido al desarrollo de tecnologías muy sofisticadas de diagnóstico y de intervención médica (Sedano et al., 2014). Ello ha transformado la manera en que embarazadas y parturientas son atendidas, lo mismo que su experiencia del proceso de dar a luz.

El surgimiento de la medicina y de escuelas médicas no representó un peligro inmediato para las parteras tradicionales. Fue en el siglo XIX cuando la medicina se posicionó como una disciplina hegemónica en la atención de la salud y la enfermedad y cuando un creciente número de mujeres comenzó a dar a luz con la asistencia de un médico (Knibiehler, 1993). La paulatina marginación de la partería tradicional no es atribuible a un mero cálculo racional por parte de la población femenina que haya sopesado cuidadosa y concienzudamente las ventajas y desventajas de las diversas opciones de atención del parto, y otorgado finalmente su preferencia a los médicos. Durante siglos los médicos no tuvieron acceso a la exploración del aparato reproductivo femenino, ya que la relación de las mujeres con su propio cuerpo y, en particular, con sus órganos genitales se encontró regulada por un cúmulo de valores y creencias sociales que se tradujeron, en el plano subjetivo, en afectos y emociones (pudor, pena, vergüenza, recato), los que impidieron que las mujeres expusieran sus partes íntimas al escrutinio de la mirada de los médicos, quienes eran en su gran mayoría hombres (Soman, 2013; Wilunda et al., 2017).

Para vencer el pudor femenino y para ablandar las reservas morales de los padres y esposos se requería la intervención de instancias extramédicas, en particular, los aparatos ideológicos del Estado, que desplegaron un trabajo paciente y de largo aliento para transformar las resistencias culturales y psicológicas contra los médicos obstetras. Dicha labor de transformación de valores y creencias, así como de sentimientos y afectos, resultó más eficaz en los conglomerados urbanos. En áreas geográficas apartadas, donde las campañas de ‘concientización’ circularon con menor intensidad, las reservas femeninas contra los médicos se conservaron por más tiempo.

El papel que el Estado desempeñó para acercar los cuerpos femeninos a la medicina social se aprecia con nitidez en las políticas de control natal instrumentadas durante la década de los setenta en los países periféricos (Sieglin, 2004; Saravanan et al., 2010) y posteriormente en las políticas de salud materno-infantil inspiradas por los Objetivos del Desarrollo del Milenio (Wilunda et al., 2017). La canalización de la población femenina —y en particular de las mujeres pobres de campo, que sostenían las tasas de natalidad más elevadas— a clínicas y centros de salud constituyó una condición imprescindible para el control natal si bien la profesión médica argumentó que su preocupación principal era la reducción de la mortalidad materno-infantil (Wilunda et al., 2017). Ello obligó a desarrollar estrategias para convencer a las mujeres jóvenes a internarse en los centros médicos. Los discursos, que acompañaban y sostenían dichas políticas, establecían una relación entre atención médica, progreso y derechos sociales, y entre partería tradicional, pobreza, atraso cultural y riesgo de salud (Wilunda et al., 2017). Diseminados de forma masiva coadyuvaron a disminuir progresivamente la demanda por servicios de partería tradicional.

El éxito de las políticas de control natal en el campo mexicano no se ha respaldado con una infraestructura sanitaria suficiente que brinde a las mujeres un servicio obstétrico de calidad y calidez (Sieglin, 2004). El hecho que cada vez más mujeres campesinas opten por dar a luz en un hospital es resultado de la capacidad de las políticas

de salud pública para intervenir en las configuraciones identitarias de las jóvenes, que antes solían atenderse con parteras tradicionales. Esto es así porque la estigmatización de las matronas tradicionales se hizo también extensiva a su clientela, la cual fue caracterizada por el discurso político como pobre, inculta, ignorante y atrasada. La marcación social negativa llevaba implícita y explícitamente una alternativa de ‘rehabilitación’ social: se instó a las mujeres rurales a superar su ‘falso’ pudor y se les invitó a acercarse a los servicios médicos. Al paso de los años esta estrategia produjo resultados palpables. Por ejemplo, en el noreste de México la demanda por parteras tradicionales se había agotado para finales del siglo XX. En el resto del país, las parteras tradicionales siguen practicando solo en zonas geográficas donde se preservan aún formas de vida tradicionales que han podido contrarrestar el discurso moderno.

Mientras que la partería rural ha sido marginada, en algunas zonas urbanas han resurgido el interés y la demanda por servicios de partería por mujeres de clase media y alta (Turner, 2004). Descontentas con la medicalización y tecnificación del parto en los hospitales, y críticas de la desatención médica a las necesidades psicológicas de las parturientas, estas mujeres están revalorando la visión holística de la partería tradicional. Sin embargo, ello no implica la restitución de la partería tradicional y de sus practicantes. Las nuevas parteras, que atienden a esta demanda obstétrica, son formadas en escuelas universitarias y casas de parto bajo la supervisión del Estado y dentro del paradigma médico (Sánchez, 2016). La presencia de las nuevas parteras no rompe la hegemonía médica sino, al contrario, contribuye a su solidificación. Por ello, no continúan la tradición sino emergen de su ruptura instrumentada por el Estado y la ciencia médica.

La desaparición de las parteras tradicionales pobres y la aparición de un movimiento partero urbano alternativo de clase media no constituyen fenómenos desligados entre sí. El gradual ocaso de la partería tradicional ha ‘depurado’ la partería moderna de su asociación con la pobreza, la cultura popular y el atraso social y ha hecho posible la transferencia de una parte del acervo de saber tradicional

de las clases populares a los sectores sociales dominantes. Dichos procesos se encuentran por ende atravesados por relaciones de clase y de dominación.

PSICOTÉCNICAS DE LA INVALIDACIÓN DE LOS SABERES PARTEROS TRADICIONALES EN MÉXICO

En la periferia capitalista, la presión del Estado sobre las parteras tradicionales ha aumentado considerablemente desde la década de los setenta cuando los diversos gobiernos abrazaron a nivel internacional el compromiso de reducir la fertilidad (Ravenholt, 1973; Raju & Kumar, 1992). Para lograr que las mujeres pobres adoptaran algún método de control natal y poder vigilar su uso regular y eficaz se estimaba necesario acercarlas a los hospitales y los centros de salud. Para ello se requería, sin embargo, la intermediación de personas que contaran con la estima, el aprecio y la confianza de muchas mujeres rurales: las parteras tradicionales.

Las comadronas tradicionales ofrecieron sus servicios de forma independiente y no se encontraron integradas en la estructura de mando gubernamental. Aunque algunas sostenían lazos sólidos con algún médico en un centro de salud cercano, ello no bastaba para convertirlas en intermediarias y ejecutoras de las políticas de salud reproductivo del Estado. Era pues necesario encontrar mecanismos para integrarlas políticamente en la estructura gubernamental. Los cursos de capacitación para parteras tradicionales ofertados por el Estado iban a cumplir esta función de integración y habilitación.

La creación de cursos de adiestramiento para parteras rurales se acompañó por otras iniciativas de carácter más represivo, como la prohibición de la atención a partos por personas no adiestradas y el establecimiento de sanciones severas en caso de la transgresión de la norma. Quienes pretendían ejercer su oficio en el futuro cercano, no tenían más opción que atender el llamado de la autoridad a integrarse a los cursos.

LOS CURSOS DE ADIESTRAMIENTO

Los cursos perseguían una variedad de objetivos, algunos de carácter técnico-educativo, otros de orden político. Por una parte, constituyeron un medio para familiarizar a las comadronas con los conocimientos médicos en torno a la reproducción humana, el acompañamiento del embarazo y del parto, y la identificación y el manejo de situaciones de riesgo. Ello implicó también la concientización acerca de los problemas médicos y legales de la partería tradicional.

Los cursos cumplieron, asimismo, una función político-administrativa, ya que facilitaron la integración de un censo de las parteras tradicionales en la zona, lo cual constituyó una condición básica para la posterior regulación de sus prácticas. Además, los entrenamientos sirvieron como un dispositivo para convertir a actores independientes en sujetos funcionales dentro del aparato gubernamental. Se trataba de habilitar a las mujeres para la interacción con una estructura gubernamental vertical que les asignaría tareas y vigilaría sus funciones. Esto requería que aprendieran a tolerar controles externos, aceptaran órdenes de superiores y participaran en la generación de información pertinente para el Estado (la elaboración de registros burocráticos, por ejemplo). La tarea era crear, a corto y mediano plazo, sujetos funcionales capaces de colaborar de manera eficiente con la burocracia sanitaria estatal.

CAPACITACIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE LAS PARTERAS

Los cursos de capacitación surtieron un primer efecto incluso *antes* de su puesta en marcha. Al recibir la convocatoria de la autoridad —a menudo a manos de un funcionario municipal, un policía o la autoridad ejidal— las parteras presentaron reacciones diversas. Mientras que algunas rechazaron rotundamente su participación, otras aceptaron la invitación a menudo por temor a represalias en caso de negarse. Pocas se integraron por curiosidad o por amor al arte. De esta forma, el universo partero regional se dividió en dos

bandos: uno dispuesto a acercarse a la autoridad y a colaborar con ella en los términos establecidos por el Estado, y otro que se negaba a hacerlo. En caso de continuar el oficio, las actividades parteras de este segundo grupo adoptarían en automático matices de ilegalidad y clandestinidad, y podrían exponer a las comadronas a sanciones severas (cárcel, multas elevadas).

La organización de los cursos de adiestramiento facilitó una segunda diferenciación del universo partero tradicional en el noreste. Independientemente de la formación profesional, las habilidades y la experiencia de cada mujer, la autoridad distinguió a partir de ese momento entre comadronas capacitadas y no capacitadas. La capacitación y, por ende, la habilitación para la continuación del oficio, dependieron así tan solo de unos días de adiestramiento médico. Con ello se borró en ocasiones una historia de vida en el ejercicio de la partería y se invalidó por completo la formación tradicional de las mujeres. Los cursos de capacitación se convirtieron así en una línea de demarcación.

La dinámica psicosocial que se desarrolló durante el entrenamiento dio lugar a una tercera diferenciación: el grupo amorfo de parteras entrenadas se estratificó pronto en función del desempeño de cada participante, de forma tal que, al final, cada mujer pasó a ocupar un lugar preciso en el universo simbólico de las parteras tradicionales capacitadas. Algunas adquirieron mucho prestigio e influencia; otras fueron apenas notadas por las demás. Las diferencias se construyeron en función de los elementos cognitivos y simbólicos que la autoridad introdujo en la dinámica interactiva de los entrenamientos. Por ejemplo, las preguntas que los instructores plantearon a las parteras para verificar la asimilación del contenido educativo generaban respuestas diversas: algunas más cercanas a lo esperado por los médicos, otras más alejadas. Junto con los resultados de pequeños exámenes orales o escritos, la retroalimentación recibida por cada mujer durante los ejercicios y el desempeño durante las pruebas prácticas generó un cúmulo de información y facilitó la construcción de categorías que en su conjunto fueron utilizadas tanto por los

instructores para formarse una imagen de cada participante, como por las parteras mismas para compararse con sus compañeras. Las matronas no solo se dieron cuenta de qué tan cercano o alejado estaba su propio conocimiento del de los galenos, sino también de si sabían más, igual o menos que sus compañeras de clase. De igual importancia simbólica eran los elogios, los aplausos, los cumplidos y demás distingos que algunas parteras rurales cosecharon de los instructores; o los silencios, las reprobaciones, los reproches, las críticas y las correcciones que recayeron sobre otras. Con el tiempo y sin que nadie controlara o manipulara el proceso surgió una especie de matriz cognitiva que influyó en la manera en que las mujeres se pensaban a sí mismas y a sus prácticas parteras, que comparaban con las de sus compañeras.

Esta matriz se amplió por otros elementos simbólicos que el discurso moderno promueve para calificar a los sujetos: su escolaridad, sus habilidades lectoescritoras, su estatus económico, su capital social (sus relaciones con funcionarios políticos dentro y fuera de los cursos), su lugar de residencia, su vestimenta, sus habilidades discursivas y comunicativas y sus rasgos de personalidad (por ejemplo, el grado de timidez, la asertividad, el nivel de auto-confianza, los grados de extroversión/introversión, entre otros). Al final, cada mujer ocupó un lugar específico en este espacio social, el cual moldeó sus interacciones, la recepción social de su discurso y la efectividad de sus acciones. Las parteras sabían pronto quiénes poseían más conocimientos que ellas y quiénes menos; quiénes eran más, igual o menos instruidas; quiénes tenían más o menos dificultades para aprender; quiénes requerían más o menos tiempo de práctica; y quiénes eran más o menos temerosas que ellas. Al paso del tiempo surgió un pequeño grupo de comadronas que se colocaron simbólicamente por encima de sus compañeras por saber más, por contar con más experiencia en la atención de partos, por exponer sus experiencias parteras con mucha destreza, por ser más extrovertidas y más hábiles para establecer relaciones con los instructores y por asumir con mayor facilidad un modelo de atención del parto que era más cercano al biomédico.

Las diferencias detectadas motivaron que cada individuo se identificara con ciertas compañeras y que se distanciara de otras. De esta forma el grupo inicialmente amorfo se fragmentó en numerosos subgrupos. El único rasgo que todas compartieron era su vinculación con la autoridad médica y su posición subordinada frente a la misma.

Sería un gran equívoco comprender la estratificación simbólica como resultado de la manipulación malévola por parte de los instructores. Como arguyó Foucault (1999b), el poder moderno actúa a través de redes discursivas que infiltran sus categorías en el imaginario de los sujetos de forma tal que se construyen 'naturalmente' a sí mismos y a los demás en función de dichas categorías sin desarrollar una conciencia de su dominación. El poder discursivo actúa desde adentro de los sujetos y de forma capilar. Es en este sentido como se debe de comprender la diferenciación simbólica entre las parteras tradicionales. Las mujeres empezaron a bailar al son de la modernidad sin darse cuenta y a distanciarse inadvertidamente de su propia tradición.

EXPECTATIVAS Y EMOCIONES DE LAS PARTERAS TRADICIONALES CON RELACIÓN A LOS CURSOS

Al acercarse la fecha de su primer curso muchas comadronas experimentaron altos niveles de angustia. No sabían exactamente qué se esperaba de ellas, qué compromisos y obligaciones adquirirían y qué implicaciones tendría dicho entrenamiento en su vida. También les inquietaron las intenciones que las autoridades podrían tener con ellas. Su desazón se nutría de experiencias pasadas con instancias y funcionarios gubernamentales que habían llegado a sus comunidades y que las habían tratado a veces de forma altanera y/o impositiva, o que las habían hecho sentirse incultas e ignorantes. Peor aún, numerosas comunidades rurales habían conocido la mano dura del Estado cuando se habían resistido a aceptar determinadas políticas gubernamentales o cuando se habían organizado para reclamar sus derechos sobre la tierra. El conjunto de tales experiencias comunitarias y personales con el Estado les inspiró a algunas comadronas un

sentimiento de zozobra y desconfianza.

Otra fuente de angustia para las mujeres la constituyó su propia capacidad de aprendizaje. Hubo quienes se preguntaron si contarían con las habilidades necesarias para seguir los entrenamientos, ya que no sabían ni leer ni escribir. Otras se atemorizaron pensando que regresarían a una especie de escuela con exámenes de conocimiento y calificaciones; un tercer grupo dudó de su capacidad de aprender cosas nuevas tomando en cuenta su edad avanzada. Finalmente, hubo quienes se mortificaron simplemente por imaginarse supervisadas y controladas por funcionarios gubernamentales. El conjunto de estas preocupaciones no predispuso a las parteras para la valerosa defensa de su tradición cultural, sino que las preparó anímicamente para someterse.

A pesar de los esfuerzos de las autoridades por crear un entorno de aprendizaje ameno, agradable y relajado cuidando las atenciones culinarias y el hospedaje, y organizando actividades de tiempo libre divertidas, no faltaron las tensiones emocionales durante los cursos. Además de tener que asimilar las explicaciones de carácter teórico de los instructores, cumplir con las tareas después de clase y participar en secuencias prácticas para mostrar a los instructores lo que habían aprendido en el curso, tenían que someterse a veces también a pequeños exámenes de conocimiento. Todo ello llenó a las comadronas de miedo: algunas desconfiaban de su capacidad para contestar las preguntas de forma correcta, otras dudaban de encontrar las palabras indicadas a la hora de tener que hablar, otras más se intimidaban ante la posibilidad de ser eventualmente reprobadas o identificadas como personas incompetentes e incapaces y, en el peor de los casos, de ser enviadas prematuramente a casa. Muchas se sobrecogieron pensando que podrían perder el reconocimiento y la estima de sus compañeras y sentirse avergonzadas.

Dicha economía emocional no operó al margen del curso, sino que se convirtió en un dispositivo para facilitar la subordinación de las parteras a los controles del Estado. Con tal de evitar penas y vergüenzas anticipadas, cada mujer se esforzó para cumplir las metas que el sector salud había establecido. Es así como se apropiaron de la

visión 'correcta' (la médica) del parto.

En ocasiones, algunas mujeres fueron devueltas a sus hogares antes que el curso hubiese terminado. Entre quienes permanecieron hasta el final, pocas sintieron compasión o se solidarizaron con las expulsadas. Al contrario, interpretaban la cesantía prematura como indicador de conocimientos insuficientes e impertinentes, y concluían que las parteras despedidas habían de haber sido siempre malas comadronas.

Lejos de despertar resistencia, la exclusión de algunas asistentes contribuyó a solidificar el lazo de las parteras con el sector salud y con las demás compañeras en el curso. Sobre este fondo simbólico nació gradualmente una nueva identidad en común: la de las 'parteras capacitadas'. Las mujeres se llenaron de orgullo, alegría y satisfacción por lograr quedarse hasta el final de los cursos; y se sintieron halagadas y privilegiadas por recibir nuevas invitaciones, ya que estaban conscientes de que su propio conocimiento se encontraba muy lejos del de sus instructores. El sentirse aceptadas por quienes en el pasado las habían menospreciado e, incluso, ocasionalmente maltratado, ridiculizado y/o desestimado (médicos, funcionarios públicos), las motivó a doblar esfuerzos. Los cursos de adiestramiento se convirtieron de esta forma en un lugar simbólico donde las parteras tradicionales creían ser capaces de reivindicarse social y políticamente. Conscientes del carácter efímero e inestable de dicha estima social, estaban dispuestas a hacer todo lo que estaba a su alcance para conservarla.

En suma, la economía emocional que surgió antes, durante y después de los cursos se liga a las desigualdades sociales, culturales y políticas existentes en las sociedades periféricas, que estaban presentes también en los adiestramientos. Las emociones despertadas en las parteras tradicionales favorecieron la creación y consolidación de lazos afectivos con la autoridad médica, y convirtieron la subordinación a los controles del Estado en un hacer activo de las mismas parteras. Al generar una serie de experiencias emocionales positivas, la subordinación no fue experimentada como un proceso obligado e

impuesto por una instancia externa (el Estado) sino que se transformó imaginariamente en un acto de emancipación, de voluntad, de espontaneidad y de reivindicación individual y grupal. Este aspecto emocional le otorgó profundidad y la estabilizó.

LA REPRESENTACIÓN MODERNA DE LA TRADICIÓN Y SU IMPACTO EN LOS CURSOS DE ADIESTRAMIENTO

La interacción entre médicos y parteras tradicionales en los cursos de capacitación se encontró moldeada por el imaginario moderno acerca de la tradición cultural. La identificación de las culturas campesinas como cegadas por creencias, supersticiones y pensamientos mágicos actuó como telón de fondo e introdujo en el espacio social desde un principio profundas asimetrías sociales, culturales y políticas. Dicha matriz permitió separar a quienes carecían de conocimientos y debían, por ende, aprender y habilitarse (las parteras) de quienes poseían conocimientos válidos a transmitir. El antagonismo entre modernidad y tradición determinó pues qué discursos podían circular y cuáles debían ser debilitados, silenciados y, en última instancia, erradicados.

La capacidad de un discurso para moldear el pensar, sentir y hacer de los sujetos depende de la regularidad y persistencia con que circula. Este privilegio le correspondió al discurso médico. La explicación médica de los procesos ginecobstétricos, sus presupuestos epistemológicos y los campos de acción que de allí emanan proporcionaron parámetros a partir de los cuales las parteras empezaron a repensar y revisar críticamente su propia práctica profesional. A partir de los cursos de adiestramiento las comadronas participantes separaron prácticas parteras 'inadecuadas', 'erróneas' y 'perjudiciales' de formas de intervención 'pertinentes', 'indicadas' y 'atinadas'. Por ejemplo, muchas asistentes empezaron a relacionar el uso de remedios herbolarios, masajes, o supuestos tratos rudos y posiciones para parir 'incómodas' (como la hincada), con la partería de 'antes'. De acuerdo con las entrevistadas, estos procedimientos eran conse-

cuencia de la ignorancia y de las carencias formativas de las parteras tradicionales. La integración a los cursos fue interpretada como un parteaguas que las hizo darse cuenta del carácter errante de su propia práctica y que les permitió corregirla. La autorrectificación marcó el inicio del tránsito de la tradición a la modernidad.

Los lazos que las mujeres construyeron con la modernidad, el nivel de repudio que sintieron paulatinamente contra la propia tradición partera y sus conceptos de una práctica partera moderna difirieron entre las comadronas: algunas decidieron abandonar todas las prácticas ligadas a la partería rural de antaño (como remedios herbolarios y caseros; medicina mágica, masajes); otras sustituyeron solamente algunas prácticas tradicionales por nuevas formas de intervención, como el empleo de sustancias farmacológicas sintéticas en forma de tabletas. Quienes se consideraron 'más avanzadas' se atrevían incluso a administrar inyecciones. A pesar de estas diferencias, todas concordaron en ubicar a la partería rural de 'antes' como una práctica 'inadecuada'.

La transición a la modernidad no era sencilla. Quienes avanzaron con más facilidad, tejieron lazos de mayor confianza con los instructores médicos: al percibirse respaldadas y aceptadas por los maestros sintieron menos reservas para plantearles sus preguntas y dudas. En cambio, quienes enfrentaron más dificultades y se sintieron inseguras e insuficientes prefirieron mantenerse en silencio y guardar una posición de observadoras como una forma de protegerse contra eventuales cuestionamientos.

En los embates que la modernidad libró contra la tradición se aprovecharon las diferencias de clase y de género que organizan las relaciones de dominación y subordinación. Los instructores médicos eran mayormente hombres de clase media de origen urbano; las parteras eran mujeres campesinas provenientes de lugares remotos de la montaña con ritmos y estilos de vida radicalmente distintos a los de la ciudad. La clase social y la identidad de género marcaron el rol que los individuos desempeñaron en los cursos y la manera en que lo ejecutaron: a los varones de clase media les competía exponer los

diversos tópicos, estructurar las pláticas y controlar la comunicación en clase (temas, medios, turnos). Ellos desempeñaron pues un papel social activo y rector. En cambio, las mujeres rurales adoptaron el papel de aprendices, a pesar de contar con una larga experiencia en la atención de partos. Por haber sido madres ellas sabían, además, qué se siente dar a luz. No obstante, estaban llamadas a solamente escuchar y apuntar las ideas expuestas por los profesores, a realizar ejercicios y a atender las exigencias comunicativas de los instructores.

El espacio áulico se encontró también poblado por otros discursos en torno a la forma de ser y las características de los grupos subordinados. Tales juicios informados por estereotipos clasistas apuntan negativamente a las colectividades sociales inferiores: las mujeres campesinas fueron señaladas como ancladas en el pasado, ignorantes, incultas, irracionales, retrógradas y sumisas. Aunque nadie pronunció estos estereotipos de manera abierta y explícita, influyeron en las interacciones antes, durante y después de los cursos de capacitación.

Para liberarse de los estigmas y de sus consecuencias sociales, los individuos intentan ocultar o borrar en lo posible las marcas de identidad negativas. Una forma de hacerlo consiste en distanciarse de manera explícita del grupo estigmatizado denunciando y condenando sus prácticas. Este tipo de afrontamiento se observó también entre las parteras tradicionales capacitadas. Con el tiempo juzgaron a las parteras tradicionales de 'antes' como personas incultas, ignorantes, torpes, rudas, irresponsables e inmorales, y llegaron a considerarlas incluso como un peligro para cualquier mujer embarazada y parturienta. Las parteras capacitadas reprodujeron de esta manera la pretensión de superioridad articulada por la modernidad sobre la partería rural tradicional. Ello asentó el fundamento para que la invalidación de la partería terminara por convertirse en obra de las propias parteras tradicionales.

La defensa de los saberes y prácticas que tradicionalmente habían abrazado las mujeres rurales solamente habría sido posible si las comadronas hubieran contrarrestado de forma colectiva el conjunto de asimetrías políticas y sociales y los discursos que los fundamenta-

ban. Es decir, para poder resistir a los embates argumentativos médico-burocráticos y para sostener políticamente la valía de su propia episteme y su propia praxis, las parteras habrían tenido que estar organizadas entre sí. Sin embargo, las mujeres no se habían constituido como grupo de interés antes de los cursos (algunas cuantas se conocían lejanamente) y tampoco aprovecharon su congregación durante la capacitación para integrarse políticamente. Su dispersión como grupo sociopolítico no fue fortuita, sino que emanó de la dinámica social durante los cursos. Más allá del grado de habilidad técnica y el conocimiento médico que las comadronas adquirieron en los cursos, las capacitaciones resultaron altamente efectivas en cuanto lograron que las mujeres rurales retomaran la matriz cognitiva que les ofreció el discurso médico para repensarse a ellas mismas y su oficio. Ello implicó un distanciamiento con la propia tradición y sus representantes. Además, las dinámicas en clase incitaron la competencia entre las mujeres. Por ello, las parteras reunidas por medio de los adiestramientos entraron rápidamente en un proceso de fragmentación y atomización, lo que las inhabilitó políticamente para una defensa eficaz del legado tradicional.

RESUMEN Y CONCLUSIÓN

En México y en muchos países periféricos, la idea de capacitar a las parteras tradicionales se vinculó con los compromisos gubernamentales de reducir la natalidad, sobre todo a partir del último tercio del siglo XX. Para alcanzar este objetivo el Estado necesitaba tener acceso a los cuerpos femeninos. Pero tal tarea resultaba difícil por el cúmulo de valores, normas y creencias populares que se interponían entre los cuerpos femeninos y las manos y ojos inspectores de los médicos, sobre todo cuando se trataba de hombres. El acercamiento de las mujeres rurales a las clínicas y hospitales rurales requería por ello de una intermediación. Las parteras tradicionales desempeñaron este papel: ellas debieron convencer a las mujeres de sus comunidades de adoptar algún método de planificación familiar y canalizar a las

embarazadas y las parturientas a las instalaciones públicas de salud.

En el noroeste de México, las parteras tradicionales trabajaban de forma independiente. La primera tarea del Estado consistió por ello en establecer un mecanismo que las vinculara con el sector público. Dicha función la cumplieron los primeros cursos de capacitación para parteras rurales. A través de los adiestramientos, las parteras rurales se convirtieron gradualmente en eslabones del Estado participando en la promoción de los programas de salud reproductiva y ablandando las reservas de muchas mujeres campesinas para atenderse con médicos.

El desbaratamiento de una tradición cultural como la partería tradicional y la conversión de sus practicantes en operarias de la burocracia sanitaria estatal no fueron tareas fáciles; exigieron la suplantación de normas, valores, actitudes, afectos y cosmovisiones tradicionales ligadas a la femineidad, las funciones femeninas, el cuerpo y la sexualidad por orientaciones de acción modernas. Esto no se alcanzó a través de la imposición del imaginario moderno ni por la sola prohibición de la partería rural como una opción de atención para mujeres embarazadas y en proceso de parto. Al contrario, fue necesario lograr que las comadronas rurales tomaran conciencia de los elevados riesgos que el ejercicio de la partería implicaba tanto para ellas (complicaciones durante el parto y las responsabilidades civiles correspondientes) como para su clientela (riesgos de salud). Solo así fue posible motivarlas a abandonar el ejercicio de su oficio y a convertirse en promotoras estatales de salud. Por ende, los cursos de capacitación se plantearon dos metas: a) convertir a las parteras tradicionales, en el corto o mediano plazo, en agentes del sistema de salud y (b) exterminar a largo plazo la partería tradicional como una opción de atención para las mujeres rurales.

Las parteras rurales solo podrían figurar como auxiliares de la burocracia sanitaria si conocían cómo operaba esta: su estructura jerárquica, sus reglas, las interacciones entre sus integrantes y sus funciones. Para tal efecto, era preciso habilitarlas tanto en los aspectos técnicos (debían conocer la perspectiva médica en torno a la fisiolo-

gía del cuerpo femenino y la salud reproductiva, y saber implementar programas en las comunidades), como en los políticos (aprender a someterse y a obedecer). Los conocimientos técnicos constituyeron el contenido explícito de los cursos; en cambio, la dimensión política estructuró el currículum oculto. Se ejecutó de forma implícita: a través de los roles sociales en el aula (los médicos como expertos e instructores; las parteras tradicionales como neófitas y aprendices), la aplicación de las medidas disciplinarias en el aula (exámenes, calificaciones, aprobaciones y reprobaciones, expulsión prematura de algunas asistentes, para mencionar algunas) y la creación de un clima psicosocial adecuado (organización de excursiones en el tiempo libre, hoteles y buenas comidas). Todo ello favoreció la vinculación de las mujeres con la burocracia sanitaria, facilitó su identificación con las funciones del Estado y, además, les brindó la satisfacción de sentirse simbólicamente parte del aparato gubernamental. Las participantes aprendieron así a controlar sus emociones e impulsos al recibir una orden, una recomendación o un reproche, y a tolerar la supervisión por parte de superiores.

El cumplimiento de las exigencias en el aula, la superación del estrés, el paulatino desvanecimiento de la angustia inicial con relación a los cursos y la cercanía con funcionarios públicos (médicos, trabajadoras sociales y burócratas en general) generaron en las participantes un sentimiento de ser triunfadoras. Se sintieron orgullosas de sus logros y se autorreconocieron como parteras capacitadas. Ello implicó un distanciamiento con aquellas parteras que no se habían integrado a los cursos. A partir de cierto momento, las comadronas capacitadas las calificaron como parteras deficientes, impertinentes, torpes y hasta inhumanas. La colonización de la subjetividad —del pensar, sentir y hacer— probó haber sido exitosa. A partir de ese momento, las parteras tradicionales participaron en la crítica, invalidación y erradicación de su propia tradición. De manera inadvertida, se habían convertido en brazos del mismo poder que las había estigmatizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, B., & Zinsser, J. (1992). *Historia de las mujeres: Una historia propia*. Editorial Crítica.
- Anisef, P., & Basson, P. (1979). The institutionalization of a profession. *Sociology of Work and Occupations*, 6(3), 353-372.
- Barclay, L. (2008). A feminist history of Australian midwifery from colonisation until the 1980s. *Women and Birth*, 21, 3-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2007.12.001>.
- Bell, J., Evans, J., Phoya, A., & Humphrey, T. (2014). Developing a new public health cadre to meet the demands of midwifery care in Malawi. *Perspectives in Public Health*, 134(5), 248-249. <http://dx.doi.org/10.1177/1757913914545293>
- Bogossian, F. (marzo de 1998). A review of midwifery legislation in Australia: History, current state & future directions. *Australian College of Midwives Incorporated (ACMI) Journal*, 24-31. [http://dx.doi.org/10.1016/s1031-170x\(98\)80042-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1031-170x(98)80042-1)
- Choguya, N. (2015). Traditional and skilled birth attendants in Zimbabwe: A situational analysis and some policy considerations. *Journal of Anthropology*, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/215909>.
- Dietsch, E., & Mulimbalimba-Masururu, L. (2011). Learning lessons from a traditional midwifery workforce in Western Kenya. *Midwifery*, 27, 324-330. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.01.005>
- Fahy, K. (2007). An Australian history of the subordination of midwifery. *Women and Birth*, 20, 25-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2006.08.003>
- Flack, H. (1947). The pre-history of midwifery. *Journal of the Royal Society of Medicine*, XL, 713-722. <https://doi.org/10.1177/003591574704001214>
- Foucault, M. (1999a). Die Maschen der Macht. En M. Foucault, *Botschaften der Macht. Ein Foucault Reader. Diskurs und Medien* (pp. 172-186). Deutsche Verlagsanstalt.
- _____. (1999b). Wie wird Macht ausgeübt? (¿Cómo se ejerce el poder?). En M. Foucault, *Botschaften der Macht. Ein Foucault-Reader. Diskurs und Medien* (pp. 187-202). Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt.
- Freud, S. (1992). Tres ensayos de teoría sexual (1905). En S. Freud, *Volumen 7 (1901-05)* (págs. 117-222). Buenos Aires: Amorrortu.
- Habermas, J. (1989). *Teoría de la acción comunicativa. Tomo 2*. Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara.
- Knibiehler, Y. (1993). Cuerpos y corazones. En G. Duby, & M. Perrot,

- Historia de las mujeres. El siglo XIX. Cuerpo, trabajo y modernidad* (pp. 15-62). Taurus.
- Raju, S., & Kumar, S. (1992). Who rocks the cradle? Women, fertility control, and technology in India. *Indian Journal of Public Administration*, 38(3), 323-332. <https://bit.ly/3fRS1zI>
- Ravenholt, R. T. (1973). United States Agency for International Development (USAID) Contributions to International Population Programs. *International Journal of Health Services*, 3(4), 641-660. <https://doi.org/10.2190/J6VR-K6QW-5D7V-VUFN>
- Rushing, B. (1993). Ideology in the reemergence of North American midwifery. *Work and Occupations*, 20(1), 46-67.
- Sánchez Ramírez, G. (2016). *Espacios para parir diferente. Voces de las usuarias de las Casas de Parto en México*. ECOSUR.
- Saravanan, S., Turrell, G., Johnson, H., & Fraser, J. (2010). Birthing practices of traditional birth attendants in South Asia in the context of training programmes. *Journal of Health Management*, 12(2), 93-121. <https://doi.org/10.1177/097206341001200201>
- Sedano-L., M., Sedano-M., C., & Sedano-M., R. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Condes*, 25(6), 1029-1034. <https://bit.ly/3hI6Elg>
- Sieglin, V. (2004). *Modernización rural y devastación de la cultura tradicional campesina*. Plaza y Valdés Editores, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Soman, K. (2013). Traditional midwives in social reproduction: Changing landscape in 20th century Bengal. *Indian Journal of Gender Studies*, 20(2), 213-234.
- Summer, A., Guendelman, S., Kestler, E., & Walker, D. (2017). Professional midwifery in Guatemala: A qualitative exploration of perceptions, attitudes and expectations among stakeholders. *Social Science of Medicine*, 184, 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.005>
- Turner, P.K. (2004). Mainstreaming alternative medicine: Doing midwifery at the intersection. *Qualitative Health Research*, 14(5), 644-662. <https://doi.org/10.1177/1049732304263656>
- Wilunda, C., Dall' Oglia, G., Scanagatta, C., Segafredo, Lukhele, B.W., Takahashi, R., Putoto, G., Manenti, F., & Betrán, P. (2017). Changing the role of traditional birth attendants in Yirol West County, South Sudan. *PLoS ONE* 12(11): e0185726. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185>

EL DESPLAZAMIENTO DE LAS COMADRONAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO EN PUERTO RICO, 1930-1970

SYLVIA M. CASILLAS OLIVIERI

INTRODUCCIÓN

De 1940 a 1970 Puerto Rico sirvió como vitrina de Estados Unidos ante el resto del mundo. Allí las políticas de higiene y salubridad impulsadas por los estadounidenses por medio del gobierno colonial de la isla servirían posteriormente como modelo para el resto de los países latinoamericanos. Durante este periodo, el cuidado del embarazo y el parto se medicalizaron cada vez más, al mismo tiempo que las comadronas eran ubicadas bajo el control y la supervisión del Departamento de Salud¹. La justificación para ello serían las altas tasas de mortalidad materna e infantil y la supuesta sobrepoblación de la isla. Por otro lado, dada la confianza absoluta en el modelo de atención biomédico, percibido como símbolo de la modernización del país, se supuso que este lograría bajar las tasas de mortalidad materno-infantil y a su vez ayudaría a controlar el crecimiento excesivo de la población. De este modo, se aseguraba una mano de obra saludable para las empresas que se establecerían en Puerto Rico.

¹ En Puerto Rico el Departamento de Salud recibió el nombre de Departamento de Sanidad hasta el año 1952. Ese año se creó el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Como parte de la nueva política pública, se comenzaron a redactar los informes gubernamentales en español en lugar de en inglés, como se había hecho de 1899 a 1951. A partir de 1952, al Departamento de Sanidad se le denominó Departamento de Salud.

Este trabajo se centra en el periodo comprendido entre las décadas de los treinta y los setenta del siglo XX, cuando en Puerto Rico se dio la transición entre el cuidado del parto provisto principalmente por comadronas tradicionales y la atención hospitalaria de este. En las siguientes líneas se ofrecerá, en primer lugar, un trasfondo histórico que dará cuenta de las transformaciones políticas y económicas en la isla durante ese periodo y cómo influyeron en el papel que desempeñarían las mujeres dentro de la economía y la sociedad puertorriqueñas. Se tratará, pues, de contextualizar el proceso de medicalización del parto dentro del desarrollo histórico de Puerto Rico durante las décadas mencionadas. En segundo lugar, se discutirán los cambios en las políticas salubristas implementadas por el Departamento de Salud a la luz de las prioridades establecidas por las autoridades estadounidenses y los médicos en la isla. Por último, se analizará cómo el discurso médico y estatal evidenció discriminación hacia las comadronas y se erigió como el conocimiento legítimo frente al saber de las parteras, quienes por siglos habían estado a cargo del cuidado reproductivo femenino.

TRANSFORMACIONES POLÍTICAS, ECONÓMICAS Y SOCIALES

El comienzo del siglo XX trajo transformaciones radicales en la política, la economía y la sociedad puertorriqueñas. Después de que Estados Unidos invadiera la isla en julio de 1898 y firmara el Tratado de París con España, Puerto Rico terminó como botín de guerra de los intereses estadounidenses. Bajo el nuevo gobierno, la isla tuvo aún menos autonomía que bajo el régimen español. Se impuso un gobierno militar y no fue hasta 1900, con la aprobación de la Ley Foraker, que los puertorriqueños contaron con un gobierno civil, pero con gobernadores nombrados por el presidente estadounidense. La Ley Foraker convertía a las personas nacidas en la isla en ciudadanos puertorriqueños, pero no especificaba los derechos de dicha ciudadanía, lo que situaba a los puertorriqueños en un estado de indefinición a nivel internacional. Posteriormente, en 1917, se

aprobó otra Ley Orgánica conocida como el Acta Jones. Esta no alteró las relaciones coloniales entre Puerto Rico y Estados Unidos, sin embargo, creó una nueva legislatura dividida en dos cámaras que sería escogida por los puertorriqueños. Además, introdujo una Declaración de Derechos Ciudadanos basada en la de Estados Unidos e impuso la ciudadanía estadounidense a los puertorriqueños. No fue sino hasta 1948 que los puertorriqueños pudieron finalmente elegir en comicios al gobernador de la isla y, en 1952, se creó el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Sin embargo, aunque se revistió de una apariencia democrática, el régimen colonial continuó vigente luego de esa fecha hasta el presente.

Luego de la invasión estadounidense, la economía de la isla se vio afectada adversamente por una combinación de las medidas tomadas durante el nuevo régimen colonial, sucesos relacionados con la economía capitalista a nivel mundial y varios fenómenos climatológicos que devastaron la producción agrícola. Tras el paso del huracán San Ciriaco en 1899, la economía del café se desplomó y nunca más se recuperaron los niveles de producción alcanzados durante el siglo XIX. Paulatinamente, la industria del café fue reemplazada por el cultivo de la caña de azúcar de capital absentista estadounidense y las industrias del tabaco y de la aguja (confección de ropa). Como consecuencia, se produjo una gran migración poblacional de la montaña a la costa. Además, el movimiento obrero creció de forma vigorosa, con una participación significativa de las mujeres, particularmente en la industria del tabaco y de la aguja, debido en parte al rápido aumento en los precios ocasionado por la devaluación del peso puertorriqueño (Baerga, 1993).

Durante la década de 1930, la caída en los precios del azúcar incidió negativamente en la economía de Puerto Rico. La pobreza y el desempleo aumentaron dramáticamente. Por ejemplo, el ingreso per cápita disminuyó alrededor de 30% entre 1930 y 1933. Como consecuencia, entre 1933 y 1934 la isla fue sacudida por movilizaciones obreras masivas en las que tanto hombres como mujeres exigían cambios en las condiciones de trabajo (Píco, 1986).

Para paliar la situación de extrema pobreza de gran parte de la población y manejar las tensiones sociales que se desarrollaban como respuesta a la situación económica insostenible, Estados Unidos estableció varios programas bajo la sombrilla del *New Deal* (Nuevo Trato) de la administración del presidente Franklin Delano Roosevelt. El primero fue el *Puerto Rican Emergency Relief Administration* (PRE-RA). Bajo este programa se construyeron carreteras, se avanzó en el control de la malaria, se construyeron más centros de trabajo de la aguja, se distribuyeron alimentos y se adiestró a un grupo de jóvenes en agrimensura, censos y otras destrezas. Más tarde, en 1935, se estableció la *Puerto Rican Reconstruction Administration* (PRRA). Entre sus logros estuvo la electrificación de toda la isla, la organización de asociaciones de productores de café y frutas, mejoras al servicio de salud, la distribución de fincas pequeñas a algunas familias, un programa de reforestación, el establecimiento de una planta de cemento y el ofrecimiento de trabajo a unas 60 000 personas (Dietz, 1989).

Entre 1940 y 1960, Puerto Rico sufrió un dramático cambio: transitó en un tiempo muy corto de una sociedad primordialmente agrícola y rural a una industrial y urbana, debido a que la política económica del gobierno apostó por una rápida industrialización de la isla para resolver los problemas económicos que la aquejaban. Las mujeres desempeñaron un papel muy importante en la integración a la fuerza laboral durante el primer período de industrialización (1947-1965), en el que predominaron áreas de producción intensa, tales como las industrias de textiles y de artículos de cuero. Pero, a pesar de que aportaron a la industria un nivel de destrezas y especialización muy altos debido a su experiencia previa en los talleres de la aguja, las mujeres continuaron devengando un salario menor al de los hombres.

Durante ese lapso se intensificó tanto la migración interna como externa. Quienes abandonaron la isla se dirigieron principalmente hacia las fábricas de Nueva York y los campos agrícolas de Nueva Jersey en los Estados Unidos. Se estima que entre 1950 y 1970 la emigración neta total de Puerto Rico fue de 605 550 personas, es

decir, abarcó al 27,4% de la población de Puerto Rico para 1950. Dicha salida masiva fue posible debido a la Ley Jones de 1917 que, además de hacer cambios al gobierno colonial de la isla, impuso la ciudadanía estadounidense a los puertorriqueños (Dietz, 1989). Al ser considerada una válvula de escape y una solución al desempleo en la isla, la emigración fue facilitada, si no fomentada, por el Estado en Puerto Rico.

Las transformaciones socioeconómicas que se estaban experimentando incidieron en la estructura familiar y en las funciones que desempeñaban los hombres y las mujeres. Al haber una proporción mucho mayor de mujeres integradas a la fuerza laboral, las tareas socialmente asignadas a ellas, tales como los trabajos domésticos y el cuidado de los hijos, tuvieron que compatibilizarse con las nuevas exigencias de horarios laborales y los cánones de la productividad. Con la migración, las mujeres perdieron con frecuencia el apoyo de la familia extendida en la realización de las tareas domésticas y el cuidado de los menores. El cuidado de los niños de edad preescolar por la abuelita o la tía a menudo fue reemplazado por una guardería —siempre y cuando hubiera disponibilidad y pudieran sufragarse los costos con el ingreso familiar— o por vecinas y amigas. Con frecuencia, el lugar de cuidado estaba demasiado lejos del lugar de trabajo y no permitía la interacción entre madre e hijos durante el transcurso de la jornada laboral. Ciertamente, la integración a la fuerza laboral de las mujeres significó, por una parte, un ingreso adicional al hogar y una mayor independencia financiera para estas, pero contribuyó también al alargamiento del día de trabajo de las mujeres al sumarse a sus tareas domésticas. Aunque la participación masculina en las tareas domésticas y el cuidado de los niños incrementó, no lo hizo en igual proporción a la realizada por las mujeres. En realidad, la integración a la fuerza laboral significó para la mayor parte de las féminas el tener que realizar una jornada doble, especialmente para las de clase trabajadora.

CAMBIOS EN EL ENFOQUE SALUBRISTA CON LA LLEGADA DEL RÉGIMEN ESTADOUNIDENSE

Durante el siglo XIX, cuando Puerto Rico todavía era un territorio español, hubo algunos intentos de regular la práctica de las parteras. En 1844, se aprobó el Reglamento de Medicina y Cirugía que sería utilizado tanto en Cuba como en Puerto Rico. En el Artículo 2 del Reglamento, se asignó al vicerreal protector la dirección y el gobierno de las parteras, los dentistas y los sangradores. El Artículo 14 exigía que las personas que ejercieran el oficio de partera tuvieran un título expedido por una autoridad competente y el Artículo 15 imponía multas de \$100 a \$300 pesos o de uno a tres meses de prisión como penalidades por ejercer sin título. Durante la segunda mitad del siglo XIX, surgieron iniciativas similares con intención de limitar la práctica de las parteras (Arana Soto, 1974). Sin embargo, lo cierto es que dichas regulaciones únicamente podían ponerse en vigor en los pocos centros urbanos existentes para ese entonces, e impactaban poco la práctica de las comadronas tradicionales en las áreas rurales donde vivía la mayor parte de la población. La comadrona tradicional, conocida también como madrina, era un miembro respetado de las comunidades rurales, no solo por su atención al parto sino también por su conocimiento herbolario.

El cambio del poder colonial en Puerto Rico de España a Estados Unidos trajo consigo modificaciones en las políticas estatales de salud. Desde inicios de la ocupación estadounidense, hubo una preocupación constante por la higiene y la sobrepoblación de Puerto Rico, que se nutría en gran parte de las ideas eugenésicas, es decir, la noción de que la calidad genética de una población podía ser manipulada con cambios en las prácticas reproductivas. Como parte de esas preocupaciones por la higiene y el control poblacional, conjugadas con el ejercicio del poder médico, se aprobó en 1931 la Ley 22. El propósito principal de esta ley, que recibió el apoyo de la Asociación Médica de Puerto Rico, fue regular el ejercicio de la profesión médica en la isla y establecer un Tribunal Examinador de

Médicos. A partir de la puesta en vigor de esta ley, se derogó una ley previa aprobada en 1923 que tenía fines similares (Asociación Médica de Puerto Rico, 1931). Posteriormente, en 1937, la Legislatura de Puerto Rico aprobó la Ley 136 que autorizaba al comisionado del Departamento de Sanidad a proveer servicios de salud materna y control de la natalidad en los centros públicos de salud (Ramírez de Arellano, 1983).

Mediante la Ley 22 de 1931, se reguló la práctica de la atención del parto, que debía estar en manos de enfermeras parteras licenciadas por el Departamento de Sanidad. Esta ley puso bajo la jurisdicción del Tribunal Médico de Puerto Rico la autorización y la expedición de licencias para ejercer el oficio de comadrona. El Artículo 9 de la Ley 22 estableció que las personas denunciadas y convictas de ejercer ilegalmente la obstetricia incurrirían en un delito de *misdemeanor*² y serían castigadas con una multa que no bajaría de 25 dólares, prisión o ambas penas a discreción del tribunal. Para efectos de esa ley, además, se consideraba que ejercían ilegalmente la obstetricia aquellas comadronas sin licencia que atendieran partos, cobraran o no por el servicio (Asociación Médica de Puerto Rico, 1931).

Las únicas personas autorizadas para ejercer la partería de modo autónomo bajo la Ley 22 de 1931 eran las enfermeras parteras, siempre y cuando contaran con una licencia. Según el Artículo 20 de la ley, a estas se les requería presentar los siguientes documentos bajo declaración jurada para poder solicitar una licencia: ser mayores de edad, poseer buena salud, tener buena conducta moral y mente sana, y presentar un diploma de octavo grado de una escuela pública o privada de la isla, a menos que hubieran nacido antes de 1887, en cuyo caso estaban exentas del requisito de diploma. La licencia estaría disponible para aquellas que presentaran, además, una licencia de enfermera graduada y un diploma de comadrona obtenido por estudios teórico-prácticos de no menos de un año de duración, con una asistencia supervisada a un mínimo de cincuenta partos en clínicas y hospitales reconocidos por el Tribunal Examinador de Médicos.

² Bajo las leyes estadounidenses, una falta o delito menor.

Una vez que fuesen aceptados los documentos de las solicitantes, estas debían aprobar un examen teórico de obstetricia, ginecología y pediatría, y un examen práctico de clínica obstétrica. La licencia se expedía una vez aprobados los exámenes y limitaba la práctica a partos normales. El costo de los exámenes era de \$5.00 dólares estadounidenses y el de la licencia de otros \$5.00 dólares (Asociación Médica de Puerto Rico, 1931).

La Ley 22 también les exigía a las comadronas solicitar la ayuda de un médico en partos distócicos, y les prohibía utilizar extracto pituitario o cualquier otra droga oxicítica. La licencia estaba sujeta a suspensión si la comadrona era convicta de las siguientes acciones: cometer fraude, ser alcohólica consuetudinaria o adicta a drogas narcóticas, practicar un aborto criminal, excederse en sus atribuciones profesionales, ejercer una mala práctica o tener conducta inmoral y deshonrosa (Asociación Médica de Puerto Rico, 1931).

Esta ley también autorizaba al Departamento de Sanidad a expedir, cuando lo creyera conveniente, certificados de ayudantes de comadronas. El Departamento de Sanidad también tenía la potestad de fijar las facultades y deberes de estas ayudantes y debía ofrecer instrucción para esos efectos, sin la cual no podrían expedirse los certificados. De este modo, las mujeres con conocimiento empírico que habían ejercido como comadronas tradicionales autónomas hasta ese momento fueron denominadas “comadronas auxiliares” por el Departamento de Sanidad. Estas debían tomar unos cursillos organizados por el Departamento de Sanidad para poder certificarse. De continuar practicando como comadronas sin certificación, enfrentaban cargos por la práctica ilegal de la partería, puesto que se les consideraba “comadronas clandestinas” (Asociación Médica de Puerto Rico, 1931; Estado Libre Asociado de Puerto Rico, 1955).

Las comadronas auxiliares tenían un adiestramiento que estaba enfocado en proteger la salud de la madre y del niño durante el parto, para evitar de este modo posibles complicaciones que representaran amenazas para ambos. Entre los múltiples deberes y responsabilidades que el Departamento de Sanidad estableció para ellas se en-

contraban los siguientes: aconsejar a las madres para que recibieran atención médica tan pronto sospecharan un embarazo; visitar a las embarazadas para orientarlas con relación a su cuidado durante el embarazo, parto y puerperio; orientar a las madres en la selección de los materiales y el lugar donde se llevaría a cabo el parto; identificar posibles complicaciones en el embarazo y parto, y referir y acompañar a la mujer al hospital en caso de que aquellas surgieran; atender solo partos normales; dar servicios a la madre y el bebé durante aproximadamente diez días después del parto; orientarse acerca de los recursos disponibles para madres y niños en las unidades de salud pública; procurar que los padres inscribieran al bebé en el Registro Civil durante los primeros diez días después de su nacimiento; entregar la tarjeta de Registro de Partos durante las reuniones mensuales a las que debían asistir; participar en los programas del Departamento de Sanidad de su comunidad; reclutar a aprendices de comadrona y cooperar en el control de las comadronas clandestinas; y atender, según los medios a su alcance, las necesidades emocionales de la familia (Estado Libre Asociado de Puerto Rico, 1955). Estos deberes excedían por mucho los que tenían los médicos que atendían partos en hospitales, y su compensación era equivalente a una mínima fracción de la que recibían esos profesionales de la salud.

Más adelante, mediante la Ley 390 de 1947, se revisaron los deberes de las comadronas auxiliares bajo la supervisión del Departamento de Sanidad. Posteriormente, en 1961, mientras el Dr. Guillermo Arbona era secretario del Departamento de Salud (anteriormente conocido como Departamento de Sanidad), se estableció un reglamento que derogaba uno previo establecido en 1951. Este nuevo reglamento estipuló que ninguna persona, a excepción de un médico o una enfermera comadrona con licencia, podía dedicarse a la práctica de la partería en Puerto Rico sin tener un permiso de comadrona auxiliar.

En la Sección II de ese reglamento se establecieron los requisitos para obtener dicho permiso, a saber: tener la ciudadanía estadounidense, estar entre las edades de 18 y 64 años, poseer una buena

moral y tener un buen nombre en su comunidad, ser alfabetizada (de trabajar en áreas urbanas), completar el curso de lecciones sobre la partería ofrecido en las unidades de salud y aprobar un examen sobre partería, demostrar suficiente capacidad e inteligencia, así como tener el interés y deseo de observar el reglamento dispuesto por la División Salud Madre-Niños y Niños Lisiados. Además, las personas que solicitaran el permiso de comadrona auxiliar debían presentar anualmente un certificado médico que constatará que no sufrían de enfermedades contagiosas ni de trastorno mental alguno. Los permisos se expedían solo para trabajar en una municipalidad determinada donde los servicios fueran necesarios; no podían trabajar libremente por toda la isla. Solo las enfermeras graduadas contaban con ese derecho.

El Departamento de Salud se reservaba el derecho de revocar el permiso por múltiples razones, entre las cuales estaban: alcoholismo; conducta inmoral; enfermedades como tuberculosis, sífilis cutánea, trastornos mentales o cualquier otra enfermedad contagiosa; usar materiales no esterilizados para curar la herida umbilical; no aplicar nitrato de plata al 1% a los ojos del recién nacido inmediatamente después de su nacimiento; violar el reglamento establecido por la División Salud Madre-Niños y Niños Lisiados; prestar servicios en una municipalidad donde no contaba con autorización; faltar a las reuniones mensuales de comadronas sin excusa justificada; no llevar su maletín debidamente equipado a las reuniones; no reportar en la tarjeta de Registro de Parto los partos atendidos o no entregarla; observar conducta irrespetuosa hacia el personal del Departamento de Salud; prestar servicios en partos con complicaciones y no solicitar los servicios de un médico; administrar drogas oxitócicas; practicar exámenes vaginales; administrar abortivos; asistir en casos de aborto; y sobrepasar la edad de 64 años de edad (Estado Libre Asociado de Puerto Rico, 1961).

En este período, la proporción de las mujeres que decidió parir en el hospital aumentó a medida que las regulaciones de la práctica de las comadronas se hicieron más estrictas y su práctica se vio

más limitada. Además, las mujeres comenzaron a ver el parto en el hospital como una práctica sanitaria más “moderna” y “segura”, en contraposición al parto en casa. En septiembre de 1939, el 90,7% de los partos en Puerto Rico se realizó en el hogar. De estos, el 98,6% fue asistido por una enfermera obstétrica, comadrona auxiliar o comadrona clandestina en contraposición al 0,7% que fue atendido por un médico. Sin embargo, ya para 1947 el 24,5% de los nacimientos vivos ocurría en el hospital. En 1950, esa cifra había aumentado al 35,8% y en 1960, al 74,4%. Para el año 1970, el 97,7% de todos los partos en Puerto Rico se realizaba en una institución hospitalaria (Robert, 1940; Rivera, 1974).

La llegada masiva de las mujeres a los hospitales entre 1940 y 1970 fue aprovechada en numerosas ocasiones para esterilizarlas luego de que estas dieran a luz. Muchas de estas intervenciones se realizaron sin el consentimiento informado de las mujeres. Hoy en día la esterilización se considera el método preferido de control de la natalidad en Puerto Rico una vez que una mujer alcanza el número deseado de hijos (Ramírez de Arellano, 1983; García, 1982).

Entre 1940 y 1970, el Departamento de Salud y el Departamento de Instrucción Pública comenzaron a desempeñar un papel muy importante en la promoción de nuevos patrones de conducta con relación al embarazo, al parto y a la crianza de los hijos. Los medios usados para promover estos cambios fueron muy variados. Se instalaron unidades de salud en pueblos y barrios, y se instó activamente a las mujeres a que las utilizaran durante su embarazo y como medio para obtener información sobre la crianza y alimentación de sus hijos. A través de su División de Educación de la Comunidad (DIVEDCO), el Departamento de Instrucción Pública distribuyó ampliamente la serie Libros para el Pueblo, en la que se promovían hábitos de conducta “modernos” y “progresistas” hacia la medicina y el cuidado de los niños, entre otros temas. De esta manera se fue socavando la autoridad tradicional de las comadronas y curanderos en las comunidades respecto de estas actividades, y se transitó a la era de los expertos (Duprey, 2010). Más adelante se discutirá uno

de los cuentos de la serie Libros para el Pueblo que ejemplificará el mensaje que deseaba transmitir el gobierno a través de su División de Educación de la Comunidad.

DESPLAZAMIENTO DEL CONOCIMIENTO LEGITIMADO

El estudio de los procesos reproductivos femeninos arroja luz sobre varios asuntos de importancia social más amplia. En el centro del debate está el poder de la población femenina sobre su propio cuerpo y sus procesos fisiológicos. A raíz de esa preocupación surgen varias interrogantes: ¿quiénes se beneficiaron a partir de las transformaciones que se dieron durante el siglo XX en las formas de atención del parto y el embarazo, y de qué modo se beneficiaron?, ¿qué indican esas transformaciones acerca del ejercicio del poder profesional, y las relaciones de género y clase en la sociedad?, ¿qué papel desempeñaron la ciencia y las ideas sobre la modernidad en estos procesos?

En este trabajo se sostiene que durante la década de 1930 el Estado en Puerto Rico implementó un modelo de servicios de salud que enfatizó la supervisión y el cuidado médico como solución a las altas tasas de mortalidad materna e infantil. Ello constituyó, a su vez, una manera eficaz de asegurarse una mano de obra saludable y receptiva que se integraría a los nuevos modelos de desarrollo promovidos por el Estado. Además, los médicos, quienes se habían consolidado profesionalmente desde el siglo XIX, expandieron sus niveles de prestigio y poder como grupo profesional. Ello benefició en particular a los ginecólogos-obstetras, quienes en el pasado no se habían diferenciado notablemente de las comadronas que tradicionalmente atendían a las parturientas, por lo que tenían un rango inferior dentro de las especialidades médicas. Dicho grupo médico reconoció que había llegado el momento oportuno para enfatizar la potencial patología de los procesos reproductivos femeninos y la necesidad de contar con especialistas científicamente adiestrados en el campo. El Estado y los médicos cooptaron el trabajo de las comadronas, sin ofrecerles a cambio un adiestramiento extenso que legi-

timara la continuidad de su práctica, hasta que finalmente pudieron prescindir de ellas.

Una herramienta analítica que se utilizará en este trabajo es el concepto de “conocimiento legitimado”, tal y como lo define Brigitte Jordan (1997). De acuerdo con esta antropóloga médica, para cada dominio en particular existen varios sistemas de saberes, algunos de los cuales, por consenso, llegan a tener más peso que otros, sea porque explican mejor el estado del mundo para el propósito que se necesita o porque están asociados con una base de poder más fuerte, y usualmente debido a ambos factores (Jordan, 1997, p. 56).

Jordan (1997) argumenta que a menudo diferentes tipos de saberes coexisten y se usan para diferentes propósitos. Sin embargo, hay ocasiones en que un saber en particular cobra mayor legitimidad que otros. Esto lleva a la devaluación de los saberes alternativos que, como consecuencia, comienzan a considerarse atrasados, ignorantes o ingenuos. De acuerdo con esta antropóloga, la valoración de un saber como “ilegítimo” es un mecanismo por el cual las estructuras de saber jerárquicas, generalmente monopolizadas por las clases dominantes, se generan y manifiestan. Jordan afirma, asimismo, que la legitimación de un saber en particular se logra mediante su “naturalización”: el saber en cuestión es presentado como emanado de un hecho natural, es calificado como razonable y se presume que está construido consensualmente. Ello implica que las posiciones dominantes representadas por dicho saber se consideren también como un hecho natural e incuestionable. Algo importante que señala Jordan es que el poder del “conocimiento legitimado” no estriba en que sea el saber correcto sino en que es el que se valora a la hora de tomar decisiones.

Para devaluar el trabajo de las comadronas y privilegiar el de los médicos se emplearon principalmente dispositivos discursivos: el cuidado de las comadronas tradicionales se caracterizó como guiado por supersticiones y plagado de falta de higiene, en contraposición a la práctica médica científica moderna. A continuación, se discutirán varios ejemplos de cómo la clase médica y el Estado minaron discursivamente el conocimiento empírico de las comadronas, para erigirse

en portavoces de los avances de la modernidad y el progreso. Una vez logrado el control sobre las comadronas mediante los procesos de certificación y supervisión, y cuando ya disponían de una planta médica e instalaciones hospitalarias suficientes, la erradicación de la práctica de aquellas fue solo cuestión de tiempo. Además, hay que señalar que las comadronas no pudieron organizarse como gremio para defender sus intereses ni pudieron acceder a los instrumentos utilizados por el gobierno para diseminar su propaganda —libros, películas, folletos, programas radiales— lo que las convirtió en un grupo profesional políticamente muy vulnerable.

En 1932, apenas un año después de aprobada la Ley 22 que regulaba la práctica de las comadronas, la doctora Marta Robert de Romeu escribió el folleto *Consejos y enseñanzas prácticas para la mujer que va a ser madre*, publicado por el Departamento de Sanidad de Puerto Rico. La doctora Marta Robert fue la principal propulsora de la aprobación de la Ley 22, incluso en contra de los deseos de otros médicos del Departamento de Sanidad que no creían necesario adiestrar a las comadronas y legislar su práctica (Azize & Avilés, 1990). Nacida en Mayagüez, Puerto Rico en 1890, Robert se educó como médica cirujana en el Tufts Medical College de Boston, Massachusetts. Fue presidenta de la Liga Social Sufragista de Puerto Rico y vicepresidenta del Partido Republicano Puro. Además, se desempeñó como directora del Hospital de Maternidad y Niños de San Juan. A partir de 1931, fue jefa del Negociado de Higiene Infantil del Departamento de Sanidad de Puerto Rico (*Quién es quién en Puerto Rico*, 1936-1937; Barceló Miller, 1992).

En *Consejos y enseñanzas prácticas para la mujer que va a ser madre* (1932), Marta Robert enfatizaba que las mujeres embarazadas debían evitar oír “cuentos de personas ignorantes y charlatanas. [...] [y hacer] de su médico su mejor amigo y confidente en todo aquello relacionado con su estado de embarazo” (p. 6). Más adelante añadía, “no oiga historietas de nadie” (p. 6). De esta manera deslegitimaba las redes de apoyo tradicionales de las mujeres de esa época —familiares, vecinos, curanderos y comadronas— para privilegiar el discurs-

so médico como el único autorizado en torno al embarazo y parto.

El *Annual Report of the Commissioner of Health of Puerto Rico for fiscal year 1931-1932* (*Informe Anual del Comisionado de Sanidad de Puerto Rico para el año fiscal 1931-1932*),³ bajo la dirección del secretario del Departamento de Sanidad, doctor Antonio Fernós Isern, continuó por la misma línea discursiva que Robert con relación a las comadronas tradicionales y su práctica. La sección dedicada al Negociado de Higiene Infantil, que comenzó sus labores en 1931 y fue dirigido desde sus inicios por Marta Robert, proporcionó información sobre las comadronas que ejercían en ese momento su oficio. De setenta y siete municipios, sesenta y seis, equivalentes al 86%, no tenían comadronas con licencia. El informe enfatizó que los nacimientos se hacían casi sin ninguna “asistencia de la medicina científica”. En treinta municipios no había, para ese momento, hospitales municipales donde se pudieran atender los partos. El informe estatal también expresaba la opinión negativa prevalente entre los médicos sobre la preparación de las comadronas tradicionales al afirmar que “mujeres ignorantes atendían la mayor parte de los partos en Puerto Rico” (p. 33).

Este informe reportó también que, bajo la nueva ley que regulaba la práctica de la medicina en Puerto Rico (Ley 22 del 22 de abril de 1931), se habían establecido cursillos sobre elementos de obstetricia para las “comadronas irregulares” que eran impartidos por enfermeras graduadas en las unidades de salud de los municipios de San Juan, Río Piedras y Caguas. Se comenzó a adiestrar, de acuerdo con este plan, a doscientas once comadronas que ejercían su oficio en los municipios de San Juan, Río Piedras, Trujillo Alto, Río Grande, Patillas, Gurabo, Bayamón, Guaynabo, Carolina, Cayey, Arroyo, Cataño, San Lorenzo, Loíza, Guayama, Juncos, Caguas y San Germán. Además, el informe reportó que los 661 casos de tétano infantil investigados por el Departamento de Sanidad se relacionaban con partos atendidos por “comadronas ignorantes” (p. 33). Como es

³ Todas las traducciones de los Informes Anuales del Comisionado de Sanidad de Puerto Rico son de la autora.

evidente, el discurso estatal desvaloraba constantemente el conocimiento de las comadronas tradicionales y atribuía la alta prevalencia de tétano infantil a su supuesta ignorancia y sus supersticiones. Las condiciones de extrema pobreza y desigualdad de la mayor parte de la población en medio de la profunda depresión económica por la que atravesaba la isla en ese momento estaban ausentes en el análisis que hacía el Departamento de Sanidad acerca de las causas de morbilidad infantil.

Para finales de la década de 1930 se estableció un procedimiento para la erradicación de las comadronas consideradas “clandestinas” bajo la Ley 22. El *Annual Report of the Commissioner of Health of Puerto Rico for fiscal year 1939-1940* (*Informe Anual del Comisionado de Salud de Puerto Rico para el año fiscal 1939-1940*) informó que la Regulación Sanitaria Núm. 101 requería que cada persona que ofreciera servicios de partería estuviera autorizada por ley. Luego de aclarar que la práctica de las comadronas autorizadas a practicar se regía por lo establecido en las “Regulaciones para Comadronas Auxiliares” del Departamento de Sanidad, el informe afirmaba que 85% de todos los partos eran atendidos para esa fecha por comadronas. El sistema establecido para el control y la supervisión de las “comadronas auxiliares” se describe a continuación. Al registrar el nacimiento de un bebé, los registradores públicos debían preguntar por el nombre de la persona que había asistido en el parto. Estos formularios se enviaban a la oficina central del Negociado de Higiene Infantil donde se revisaban. Cuando aparecía el nombre de una comadrona no autorizada para atender partos, se notificaba a la unidad de salud y se tomaba acción en contra de la persona que actuaba en violación a la ley. Usualmente las enfermeras o el inspector sanitario entrevistaban a la persona acusada y le advertían que no siguiera atendiendo partos ya que, de lo contrario, la unidad de salud procedería con una acusación en la corte. En caso de que la persona acusada viviera en un distrito rural donde no hubiera suficientes comadronas auxiliares y fuera elegible de acuerdo con las “Regulaciones para las Comadronas

Auxiliares”,⁴ se le invitaba a asistir a las clases para comadronas que se llevaban a cabo una vez al mes en las unidades de salud. Luego de un curso especial de dieciocho lecciones, se le aplicaba un examen oral y, de ser considerado satisfactorio, se le entregaba un permiso como comadrona auxiliar. Este permiso podía ser revocado por cualquier causa especificada en las regulaciones. La enseñanza y supervisión de las comadronas era conducida por las enfermeras parteras del Departamento de Sanidad. Estas eran enfermeras graduadas con un adiestramiento especial en partería. Las reuniones de los llamados “clubes de comadronas” se llevaban a cabo en las unidades de salud pública una vez al mes y los supervisores de las enfermeras parteras conducían el trabajo con la cooperación de las enfermeras de salud pública. Todos los casos de sepsis puerperal, tétano y oftalmia neonatal, en las municipalidades a las que pertenecían las comadronas, eran investigados por el supervisor de las enfermeras parteras del distrito. Este informe terminaba con la siguiente afirmación que resulta más que reveladora de las razones que motivaban al Estado a certificar a las comadronas y supervisar su práctica:

El Departamento de Sanidad, a través del Negociado de Higiene Infantil, no ha estado fomentando los servicios de las comadronas auxiliares, pero es evidente que todavía son muy necesarias en Puerto Rico porque un porcentaje tan grande de la gente está en sectores rurales donde es muy difícil asegurar los servicios de un médico o una enfermera partera adiestrada, aun si hubiera los fondos para pagar esos servicios. Lo que hace el Negociado de Higiene Infantil es realizar todos los intentos para llevar el servicio de partería a estándares altos. (*Annual Report of the Commissioner of Health of Puerto Rico for fiscal year 1939-1940*, p. 99)

La única razón para la certificación y supervisión de las coma-

⁴ Entre las “Regulaciones” estaban los siguientes requisitos: ser ciudadana de EEUU., no ser menor de 18 años ni mayor de 64 años, ser mujer moral y de buen nombre en la comunidad donde vivía y demostrar capacidad e inteligencia suficiente. Además, era requisito saber leer y escribir correctamente para trabajar en la zona urbana.

dronas auxiliares era que no se contaba con suficiente personal e instalaciones médicas. Hacia finales de la década de 1950, una vez que las condiciones fueron propicias debido a que hubo suficientes médicos y hospitales, el Departamento de Sanidad comenzó a revocar a las comadronas más licencias de las que les otorgaba. La práctica de las parteras se cooptó en primer lugar bajo el pretexto de que se necesitaba adiestrar a estas para disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas e infantiles. Pero cuando la institución médica estuvo en condiciones de atender a todas las mujeres que daban a luz en la isla, la práctica de la partería tradicional fue erradicada. Esta idea se explicitó en el *Annual Report of the Commissioner of Health of Puerto Rico for fiscal year 1940-1941* (*Informe Anual del Comisionado de Salud de Puerto Rico para el año fiscal 1940-1941*), bajo el Negociado de Higiene Maternal e Infantil dirigido todavía por la doctora Marta Robert de Romeu, cuando se afirmaba lo siguiente:

A este departamento, a través de la Ley Número 72 de 1931, se le dio la responsabilidad de enseñar y licenciar a las comadronas auxiliares. Hoy tenemos 2,530 comadronas auxiliares con permisos y 696 mujeres que están tomando las clases para obtener los permisos necesarios. No estamos fomentando este servicio de partería, pero es muy evidente que las comadronas son todavía una necesidad en Puerto Rico, ya que no tenemos suficientes médicos para atender nuestros partos, tampoco tenemos suficientes hospitales para servicios de partos hospitalarios. Bajo nuestras circunstancias, el mejor servicio de partos que podremos alcanzar por muchos años sería un servicio de partos por enfermeras parteras, pero aun eso no es posible porque el número de enfermeras parteras es muy limitado. Esperamos establecer una escuela para parteras, habiendo tomado las provisiones en el presupuesto para el establecimiento de dicha escuela. (*Annual Report of the Commissioner of Health of Puerto Rico for fiscal year 1940-1941*, p. 136)

El discurso médico manifestaba consistentemente un alto prejuicio hacia las comadronas y una desvaloración de los conocimientos que sustentaban su práctica. Asimismo, expresaba menosprecio

hacia su cosmovisión. Mediante estos dispositivos discursivos, la profesión médica deslegitimaba los conocimientos de las comadronas, al tiempo que asumía su adiestramiento y supervisión hasta que fuera posible prescindir de sus servicios. En el siguiente extracto del informe provisto por el Negociado de Higiene Maternal e Infantil se pueden apreciar todos esos elementos.

Hasta ahora 85% del servicio de partos es atendido por nuestras comadronas auxiliares que son en su mayoría un grupo de mujeres con adiestramiento práctico con poco conocimiento de obstetricia, que piensan que pueden manejar el nacimiento de un bebé con suficientes destrezas al tener la idea supersticiosa de que han nacido para ser comadronas. Son muy difíciles de controlar, demasiado ignorantes para aprender y demasiado viejas para manejarlas, y su única experiencia ha sido adquirida al estar presentes en los partos con médicos o con otras comadronas. Cuando en 1931 al Departamento se le dio la responsabilidad de enseñarlas, tuvimos que aceptarlas con todos sus defectos; pero hoy, a pesar de que hay un gran número de ellas que son indeseables para esa práctica, hemos sin embargo tenido éxito en tener un control casi completo sobre ellas; y poco a poco estamos separando del servicio a aquellas que por su edad o ignorancia están menos aptas para ser enseñadas y controladas. En 1931 había 3774 comadronas practicando en la Isla y hoy hay 2530. Este año se revocaron 146 permisos (*Annual Report of the Commissioner of Health of Puerto Rico for fiscal year 1940-1941*, pp. 136-137).

Otro ejemplo del discurso médico con relación a las comadronas se encuentra en la obra del doctor Manuel Quevedo Báez, *Historia de la medicina y cirugía en Puerto Rico*, publicada en 1946. Su referencia a las comadronas no se basaba en ninguna fuente, más allá de sus creencias y vivencias personales cuando afirmaba que el campo de la obstetricia estaba:

[...] abandonado, a merced de mujeres sin instrucción alguna, sin la menor idea, ni aun la más elemental, de lo que reza el

arte de partos. Cualquier mujer aficionada, hacía profesión de lo que ella practicaba en la más vulgar rutina.

No sólo [había] ignorancia en ellas, de lo que era una pelvis, sino que, ni siquiera, por inspiración, de instinto, practicaban la más elemental limpieza, quizás, [...] ni aun, la limpieza personal del baño de aseo. Lejana de ellas la voz del instinto, por su crasa ignorancia, de lo que podía en ese sentido sin órgano, auspiciar, olfatear lo que los modernos tiempos pusieron en las antecámaras del templo de la asepsia y de la antisepsia; sin una luz, que pudiese guiarlas, para librar a las parturientas de posibles aventuras, complicaciones y muerte; ajenas a todo y de todo, a obscuras, los partos se hacían, entonces, por obra y gracia, quizá, porque una providencia, la de la historia, lo permitía [...]. Comadronas, parteras, como vulgarmente se les decía, había muchas de aquellas. [...] Es más: vine al mundo en brazos de una de estas flamantes parteras. Felizmente ni mi madre ni yo sufrimos las consecuencias de aquello, que hoy me atrevo a llamar atrocidad. (Quevedo Báez, 1946, pp. 263-264)

A pesar de la crítica feroz al trabajo de las comadronas, el doctor Quevedo Báez fue suficientemente honesto en su obra como para admitir que, irónicamente:

[...] sin los valiosos báculos de la asepsia y de la antisepsia de hoy; aquellas mujeres madres, que daban, tan fácilmente, sus hijos al mundo, no tuvieron nunca, no sólo ni una puerperal sino, que ni siquiera, una de tantas infecciones que complican el parto.

La infección puerperal fue más frecuente, y esto parece contradictorio, unos años después, de conocerse los principios básicos de la asepsia y de la antisepsia y después de haberse organizado debidamente la profesión de comadrona. (Quevedo Báez, 1946, pp. 254-265)

Con ese comentario, el doctor Quevedo Báez evidenciaba que no eran las comadronas, sino los médicos o el contexto hospitalario los posibles causantes de la epidemia de infecciones ocasionadas por las prácticas durante el parto, puesto que fue en la década de 1930,

cuando se reguló la práctica de las comadronas y los médicos comenzaron a atender partos de forma creciente en el hospital. Hay que recordar que Alexander Fleming descubrió la penicilina en 1928 y no fue hasta la década de 1940 que los antibióticos se comenzaron a usar ampliamente para combatir infecciones. En un contexto hospitalario las bacterias podían pasar rápidamente de una parturienta a otra lo que aumentaba los casos de fiebre puerperal.

Posteriormente, en 1955, el Negociado de Higiene Maternal e Infantil del Departamento de Sanidad elaboró el *Material informativo sobre el Programa de Comadronas Auxiliares*. Este documento afirmó en sus primeros párrafos:

Puerto Rico, desde sus comienzos como pueblo colonizado, ha contado con un sinnúmero de servidoras de la comunidad llamadas comadronas. Desde los primeros años hasta el año 1931, cuando el Negociado de Higiene Infantil fue organizado, estas comadronas eran un grupo de analfabetas e ignorantes mujeres presas de un mundo de superstición. [...] Como mencionamos anteriormente, fue el año 1931 uno de gran trascendencia, cuando el Negociado de Higiene Infantil recién organizado comenzó una cruzada sin cuartel contra la ignorancia y superstición de nuestras comadronas auxiliares. La facultad de este se dedicó denodadamente a localizar aquellas que practicaban la partería y procedió a organizar clases para ellas con el propósito ulterior de borrar la ignorancia y la superstición a través de la educación. (p. 1)

El Departamento de Sanidad no solo descartaba la posibilidad de que las comadronas hubieran aportado conocimientos legítimos a su práctica producto de su experiencia y del conocimiento heredado de las mujeres que habían atendido partos antes que ellas, sino que además se erigía como portavoz de una misión en contra de la ignorancia y superstición que supuestamente ellas representaban.

La colección Libros para el Pueblo de la División de Educación de la Comunidad del Departamento de Instrucción Pública de Puerto Rico fue otro instrumento para diseminar entre la población

las ideas de modernidad y la confianza en la ciencia y la medicina fomentadas por el Estado. Estos libros se distribuían ampliamente en la población, particularmente en las áreas rurales. El cuento “Don Lole quería un nieto” en el libro *Nuestros hijos*, publicado en 1966, es representativo de las ideas que el Estado deseaba promover sobre el cuidado durante el embarazo y sobre las comadronas.

En dicho cuento se narra la historia de José, hijo de crianza de don Lole, quien se había casado con María. El texto aclara que, antes de la boda, José y María habían acudido al centro de salud del pueblo a ser examinados con el objeto de validar su buen estado de salud. Poco después de casarse, María le anunció a José que estaba embarazada. Una de las primeras acciones que José instó a María a realizar fue acudir al centro de salud de su comunidad a examinarse. De hecho, en el cuento se enfatiza que María “visitaba el Centro de Salud a menudo y la enfermera de la Unidad de Salud Pública asomaba de vez en cuando su rostro simpático por la casita de la loma para orientar a la joven pareja” (p. 11). Un día doña Caya, “la curandera del barrio, comadrona sin licencia” se acercó a la casa para hablar con María. Le dijo que su bebé sería varón porque ella tenía una barriga “puyúa”, le dio un azabache para evitar el mal de ojo y le recomendó unos “baños de asiento” y “un santiguo en cruz”. Sin embargo, José la atajó diciéndole:

Oiga, doña Caya, puede que el nene sea varón. Cuando nazca se sabe si el médico o usted tiene razón... El azabache... Que la mujer se quede con él si quiere, pero ni ella ni yo creemos en mal de ojo. Lo del santiguo, no le digo ná; aunque pa mí es pura pamplina; pero en cuanto a los baños de asiento, nonina. (p. 13)

Doña Caya se fue disgustada de la casa al oír que José iba a llevar una comadrona auxiliar con licencia para que atendiera a María en su parto. Cuando llegó el día del parto, José fue por doña Tomasa, la comadrona autorizada. Mientras tanto don Lole acompañó a María y, continuando la tradición de ofrecer un caldo de gallina a las recién

paridas, torció el pescuezo a una pollanca, puso agua a hervir y desplumó el ave. El cuento afirma que cuando llegó doña Tomasa no pasó trabajo con el parto de María ya que esta había estado yendo religiosamente a las clínicas prenatales donde el médico le había anticipado un parto feliz después de ver los resultados de sus pruebas de orina y de tomarle sus medidas pélvicas. Luego del parto, la comadrona echó unas gotas de nitrato de plata en los ojos de la bebé y la fajó “de forma higiénica” (p. 14).

En este cuento se conjugan todas las ideas que el Estado proponía con relación a la regulación de la práctica de las comadronas: la erradicación de las llamadas “comadronas clandestinas” y la necesidad de contar con supervisión médica durante el embarazo. El solo hecho de acudir a un centro de salud pública garantizaba un resultado positivo en el parto mientras que los consejos de la “comadrona clandestina” se presentaban como ideas supersticiosas y nocivas para la salud de la madre y el niño por nacer. Los Libros para el Pueblo fueron uno de los instrumentos que utilizó el Estado para diseminar esas ideas entre la población, con el fin de que a través de la literatura se aceptaran más fácil y rápidamente. La dicotomía de la “comadrona clandestina”, representativa de la superstición y la ignorancia, y la “comadrona auxiliar”, quien observaba los preceptos de higiene y profilaxis promovidos por el Departamento de Salud, se ven claramente representados en este cuento. Algo interesante es que, a pesar de que el cuento hacía énfasis en la supervisión médica y la higiene que se debía observar durante el trabajo de parto, incluía una tradición importante observada por las comadronas tradicionales a la hora de atender un parto: el caldo de gallina que preparaba el suegro de la parturienta en este relato. Mientras los partos se continuaron realizando en las casas, las tradiciones como el dar caldo de gallina a las recién paridas y observar el periodo de la cuarentena perduraron. No sería hasta la década de 1970 que la mayoría de los partos en Puerto Rico se atenderían en instituciones hospitalarias. Con ello desaparecerían esas prácticas tradicionales también.

CONCLUSIONES

Entre 1930 y 1970 hubo en Puerto Rico una rápida transición del cuidado del parto por comadronas tradicionales, quienes trabajaban de forma autónoma, al cuidado del parto en un contexto hospitalario bajo supervisión médica. Esto no significó una disminución inmediata de las tasas de mortalidad materna, cuya baja se vinculó con la llegada de los antibióticos en la década de 1940, pero sí representó una desvalorización y la pérdida del conocimiento empírico de esas comadronas. El Estado y la profesión médica contribuyeron de manera activa a la desaparición de las comadronas tradicionales mediante la regulación inicial de su práctica con la Ley 22 de 1931, y la deslegitimación de sus saberes a través de estrategias discursivas en las que se presentaba a esas comadronas como sucias, ignorantes y supersticiosas, en contraposición a los practicantes de la medicina, como médicos y enfermeras parteras. Con ello, se fortaleció al grupo médico y su injerencia en todo lo relacionado con los procesos reproductivos femeninos. Además, a través de películas, programas radiales y material impreso, como los Libros para el Pueblo, el Estado diseminó entre la población la idea de que el conocimiento legitimado estaba en manos de los médicos y enfermeras, y no de las comadronas y otros practicantes de medicina tradicional. Ya en la década de 1960, cuando hubo en Puerto Rico suficientes instalaciones hospitalarias y personal médico, se inició un proceso de descertificación de las comadronas existentes. Se otorgaron cada vez menos licencias para ejercer el oficio que las que se retiraban. Para la década de 1970, la inmensa mayoría de las mujeres en Puerto Rico ya daba a luz en hospitales bajo supervisión médica puesto que la alternativa de dar a luz en casa con la atención de una comadrona no era ya una opción viable para ellas.

BIBLIOGRAFÍA

- Arana Soto, S. (1974). *Historia de la medicina puertorriqueña hasta 1898*. Medinaceli.
- Asociación Médica de Puerto Rico (1931). P. del S. No. 90 en el Senado de Puerto Rico. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 23(190), 263.
- Azize Vargas, Y., & Avilés, L.A. (1990). Los hechos desconocidos: Participación de la mujer en las profesiones de Salud en Puerto Rico (1898-1930). *Puerto Rico Health Science Journal*, 9(1), 9-16. <https://bit.ly/2zRnDXG>
- Barceló Miller, M. de F. (1992). Estrenando togas: la profesionalización de la mujer en Puerto Rico: 1900-1930. *Revista del Instituto de Cultura*, 99, 58-70. <https://bit.ly/2NfI8QR>
- Baerga, M. C. (1993). *Género y trabajo: la industria de la aguja en Puerto Rico y el Caribe hispánico*. Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- Dietz, J. L. (1989). *Historia económica de Puerto Rico*. Ediciones Huracán.
- Duprey, M. (2010). Biopoder y el cuerpo femenino. En *Bioislas. Ensayos sobre biopolítica y gubernamentalidad en Puerto Rico* (pp. 97-122). Ediciones Callejón.
- Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1955). *Material informativo sobre el programa de comadronas auxiliares*. Departamento de Salud. División de Salud Pública. Negociado de Higiene Maternal e Infantil. Santurce, Puerto Rico: Departamento de Salud.
- _____. (1961). *Reglamento para comadronas auxiliares*. Departamento de Salud. División Salud Madres-Niños y Niños Lisiados. Santurce, Puerto Rico: Departamento de Salud.
- García, A.M. (Dirección y producción) (1982). *La operación*. [Filme]. San Juan: Puerto Rico.
- Government of Puerto Rico (1932). *Annual Report of the Commissioner of Health of Puerto Rico for fiscal year 1931-1932*. Commissioner of Health of Puerto Rico.
- _____. (1940). *Annual Report of the Commissioner of Health of Puerto Rico for fiscal year 1939-1940*. Commissioner of Health of Puerto Rico.
- _____. (1941). *Annual Report of the Commissioner of Health of Puerto Rico for fiscal year 1940-1941*. Commissioner of Health of Puerto Rico.
- Jordan, B. (1997). Authoritative knowledge and its construction. En *Childbirth and authoritative knowledge* (pp. 55-79). University of California Press.

- Marqués, R. (1966). Don Lole quería un nieto. En *Nuestros hijos*, pp. 7-14. Libros para el Pueblo núm. 24. San Juan, Puerto Rico: Departamento de Instrucción Pública.
- Picó, F. (1986). *Historia general de Puerto Rico*. Ediciones Huracán.
- Quevedo Báez, M. (1946). *Historia de la medicina y cirugía en Puerto Rico* (Vol. I). Asociación Médica de Puerto Rico.
- Ramírez de Arellano, A. B. (1983). *Colonialism, Catholicism, and Contraception. A History of Birth Control in Puerto Rico*. The University of North Carolina Press.
- Rivera de Morales, N. (1974). *Tendencias de la natalidad y diferencias de la fecundidad en Puerto Rico, años 1888-1972*. Sección de Bioestadística, Ciencias Sociales y Demografía. Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas. Río Piedras, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.
- Robert de Romeu, M. (1932). *Consejos y enseñanzas prácticas para la mujer que va a ser madre*. Gobierno de Puerto Rico. Departamento de Sanidad. Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte.
- _____. (1937). *Quién es quién en Puerto Rico*. Imprenta Real Hermanos.
- _____. (1940). Some notes from the Bureau of Infant Hygiene on maternity care for the month of September 1939. *Puerto Rico Health Bulletin*, 4, 22.

POLÍTICAS MODELADORAS HACIA LA PARTERÍA INDÍGENA EN EL SURESTE MEXICANO

MARÍA JOSÉ ARAYA MORALES

INTRODUCCIÓN

Las parteras tradicionales son agentes comunitarios de esencial importancia para la organización social y son poseedoras de conocimientos relativos a la salud reproductiva. Su especialización médica se asocia a los cuidados femeninos durante la maternidad, el parto y el puerperio. Asimismo, conjugan conocimientos integrales en diversos ámbitos de la vida comunitaria, tales como los saberes biológicos (herbolaria), los saberes geográficos (ubicación de recursos naturales), los saberes ecológicos (conservación del medio ambiente) y los saberes nutrimentales (bienestar alimenticio). Dichos saberes definen así dimensiones de integralidad que nos hablan acerca del bienestar de las mujeres indígenas, y sus comunidades y territorios.

Actualmente, el legado de prácticas y conocimientos asociado con la partería tradicional continúa siendo una fuente esencial para la vida de las poblaciones indígenas, su reproducción y bienestar comunitario. Este patrimonio, persiste pese al proceso sociohistórico, a través del cual se han ido construyendo políticas y mecanismos para asimilar, desplazar y desaparecer a las parteras indígenas.

Por una parte, desde las políticas de integración, ellas experimentan la segregación de sus conocimientos en el marco de la

hegemonía del modelo biomédico que despliega mecanismos de condicionamiento y coacción hacia la práctica de la partería. Estas políticas se han ido configurando conforme al desarrollo de la política indigenista.

Por otro lado, en las últimas décadas se ha modelado a nivel internacional una política conservacionista de carácter apropiacionista que atenta directamente en contra de la producción/reproducción de las prácticas de las parteras, al mercantilizar sus saberes y los territorios biodiversos que habitan.

Recientemente se evidencia un nuevo mecanismo para desplazar y desaparecer a la partería indígena, que tiene relación con la academización de su enseñanza y formalización de su aprendizaje desde parámetros que priorizan una visión medicalizada del proceso salud/enfermedad y del cuerpo de las mujeres, lo que conlleva una fragmentación del rol de las parteras en la vida comunitaria.

A continuación, se revisará el proceso sociohistórico que en México ha conducido a la configuración de las políticas integracionista y apropiacionista para luego pasar a exponer los antecedentes asociados con la nueva iniciativa de formación de las parteras desde el sistema formal de educación. De forma particular, se evidenciará el alcance de dichas políticas en el estado de Chiapas y la posición que respecto de estas ha adoptado la Organización de Médicos Indígenas del estado de Chiapas (OMIECH). La OMIECH fue creada desde hace 32 años y su “Área de Mujeres y Parteras” cuenta con una amplia trayectoria vinculada al rescate, defensa y promoción de la partería indígena en las comunidades, en las que aboga por el respeto hacia las formas de vida y cosmovisión que son las bases del bienestar espiritual y comunitario. La OMIECH ha velado por la continuidad de la cultura parteril en las comunidades, reforzando los procesos culturales y sanitarios que permiten la reproducción social y la formación de las parteras en diálogo con su entorno social, y se ha constituido en una voz legítima para denunciar aquellas estrategias y normativas que atentan contra el desarrollo de las prácticas y saberes vinculados a la partería.

La presente revisión se realiza entonces en colaboración con esta visión, buscando develar los mecanismos que hoy en día constituyen dispositivos que atentan contra la sabiduría parteril, fuente y sustento del buen vivir de las poblaciones indígenas.

POLÍTICAS SANITARIAS DE INTEGRACIÓN DE LA PARTERÍA INDÍGENA

En México, la disposición de la política sanitaria en materia de salud hacia los pueblos indígenas, la medicina tradicional y la partería indígena, ha experimentado diversas etapas que pasaremos a revisar, deteniéndonos en las modalidades particulares a través de las cuales se ha regulado el tratamiento de los procesos de salud/enfermedad para las poblaciones indígenas en el estado de Chiapas.

En su generalidad, es posible señalar que las acciones llevadas a cabo por el Estado mexicano en materia de políticas de salud se han encaminado a quebrantar la visión indígena del mundo y a erradicar las prácticas médicas tradicionales (Page, 2002). Desde la conformación del Estado nacional independiente en el siglo XIX, el gobierno mexicano definió una política etnocida hacia los pueblos indígenas que condujo a la violenta reducción de su presencia demográfica en la población nacional (Medina Andrés, 2000).

A lo largo del siglo XX y hasta la actualidad es posible distinguir diferentes períodos en la aplicación de la política indigenista por parte del Estado mexicano, que definen formas específicas de entender y enfrentar el “problema” indígena, y marcan a la vez los lineamientos de las políticas de salud aparejadas a la expansión del modelo médico hegemónico (MMH). Para Aída Hernández (2001) los cambios en el discurso oficial en torno de la política indigenista influyen en las maneras en que las identidades culturales mismas son construidas, y reconocen el despliegue de períodos específicos de asimilación desde 1935 hasta el presente.

El primero de ellos, de 1935 a 1950, estuvo marcado por una política de aculturación forzada y por la imposición de una identidad nacional (mestiza) mexicana. Durante esta etapa fue fundado el

Departamento de Asuntos Indígenas (1936), que expresó los ideales políticos y sociales del nacionalismo revolucionario. Asimismo, durante este período se llevó a cabo la primera generación de reformas en materia de salud, que organizó el sistema de protección en México por medio de la creación, en 1943, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México. En Chiapas, el Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil, ubicado en San Cristóbal de las Casas, inició a través de su Sección Salubridad la atención médica dirigida específicamente a la población indígena, organizando clínicas estratégicamente ubicadas en cuatro cabeceras municipales.

La siguiente etapa de la política indigenista aculturadora mencionada por Hernández (2001), abarcó los años de 1950 a 1970 y se caracterizó por un proyecto de modernización que incluía la construcción de carreteras y el desarrollo tecnológico. Jaime Page (2002) explica que durante este período tanto la política indigenista como la política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas fueron acordes con el planteamiento integracionista, no solo en el discurso sino también en las acciones, por lo que descalificaron, satanizaron y persiguieron a la medicina indígena tradicional, partiendo de la premisa de considerar a esta como uno de los principales factores de cohesión social, estabilidad y continuidad de las culturas.

La política indigenista de corte paternalista se mantuvo sin alteraciones hasta la década de 1970, cuando se configuró un giro radical en la relación entre los indígenas y el Estado al sustituirse el discurso nacional sobre el México mestizo por el reconocimiento de un México multicultural. Esta nueva etapa de la política indigenista abarcó los años de 1970 a 1989, durante los que se definió un nuevo indigenismo oficial que esbozó la necesidad de establecer una “nueva relación” entre el Estado y los pueblos indígenas a través del llamado “indigenismo de participación”, lo que daba cuenta de la importancia que comenzaba a tener el respeto hacia la diferencia cultural como discurso de Estado.

Los médicos y parteras indígenas no son ajenos a este proceso

de reconocimiento institucional que tiene sus orígenes en los lineamientos internacionales de las agencias relacionadas con la salud, que transformaron a nivel mundial la percepción que se tenía en torno a ellos/as. La conferencia de Alma-Ata fue el antecedente que definió una nueva forma de concebir a la “medicina tradicional”, al declarar la necesidad de extender la atención primaria de salud en los planos nacionales. Para ello, se propuso la implementación de iniciativas que considerasen la participación de los agentes de salud en el plano local, lo que implicaba reconocer la importancia de la medicina indígena tradicional:

Lo determinante para que la ‘medicina tradicional’ y algunos de sus terapeutas, sobre todo de los practicantes de herbolaria y las ‘parteras empíricas’, pasaran a tener una notoriedad se debió a las necesidades evidenciadas por los programas de extensión de cobertura, y en consecuencia a causas no sólo de tipo técnico e ideológico, sino también de tipo económico-político. (Menéndez, 1990, p. 31)

La política en materia de salubridad se transforma a la luz de los nuevos ajustes requeridos por el emergente modelo neoliberal, relacionados con la descentralización de los servicios públicos y la reducción de las responsabilidades del Estado en distintos ámbitos. Así la medicina tradicional y la partería indígena pasan de ser prácticas perseguidas a ser fuentes funcionales de recursos disponibles para ampliar la cobertura de la atención médica a bajo costo, y se deja a los pueblos indígenas la responsabilidad en materia de salud.

En relación con la especificidad de las acciones en salud dirigidas hacia los pueblos indígenas bajo este nuevo marco de reconocimiento, en 1979 se creó el Programa IMSS-Coplamar, con el cual se intentó imponer un nuevo modelo de atención tendiente a impactar en las comunidades rurales a través de las llamadas unidades médicas rurales y las clínicas y hospitales de campo (Page, 2002). En Chiapas, desde el Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil surgió el primer programa dirigido a la medicina indígena tradicional al que

se denominó “Medicinas Paralelas”, que luego se hizo extensivo a otros centros coordinadores del Estado. Iniciaron así las primeras acciones institucionales de interrelación con la medicina tradicional, que marcaron una nueva forma de estudiar y reconocer al “otro” (Freyermuth,1993).

Posteriormente, de 1983 a 1985, UNICEF y el gobierno del estado de Chiapas crearon el programa “Modelo Alternativo de Salud” en relación con la medicina indígena. Este constaba de proyectos relacionados con la formación de técnicos en atención primaria de salud (TAP), así como con iniciativas tendientes a desarrollar la medicina tradicional y la herbolaria. Finalizado este proyecto, el grupo de médicos y parteras indígenas tradicionales participantes, así como los técnicos en herbolaria que se venían formando desde el Instituto Nacional Indigenista (INI) y ciertos asesores de la misma institución, empezaron a gestionar su conformación como asociación civil, reconocimiento que obtuvieron en agosto de 1985, bajo la denominación de “Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas” A.C.-OMIECH, que hasta la fecha conserva. Tiene el mérito de ser la primera de su tipo en el país (Page, 2002).

A partir de este momento, se comienzan a desarrollar formalmente desde el Estado diversas iniciativas tendientes a generar espacios de representación para los médicos y parteras indígenas tradicionales, como estrategia de corporativización. Tanto a nivel nacional como local, comienzan a surgir una serie de organizaciones de médicos y parteras indígenas, que derivan de los programas implementados a través de los centros coordinadores del INI, IMSS-Solidaridad y SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social), entre ellas la Organización de Terapeutas Indígenas Tzeltales (ODETIT), que agrupó a médicos de los municipios de Oxchuc, Ocosingo y Altamirano (Freyermuth, 1993), y la “Organización de Médicos y Parteras Tradicionales de los Altos de Chiapas” (OMPTACH). Las tres organizaciones mencionadas formaron parte a su vez del Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (CONAMIT), fundado en 1991 y organizado bajo el auspicio gubernamental.

A finales de 1997, el CONAMIT aglutinaba a aproximadamente 52 organizaciones de todo México, y uno de sus temas centrales fue el reconocimiento de la medicina y la partería indígena tradicionales por parte del Estado mexicano y la sociedad dominante. Las organizaciones de médicos y parteras indígenas creadas bajo los auspicios del Estado tomaron rumbos no previstos para las estrategias de las instituciones de salud (Freyermuth, 1993), al iniciarse desde estos espacios un proceso tendiente al reconocimiento legal de los médicos y parteras tradicionales.

Desde las organizaciones de médicos y parteras tradicionales como OMIECH se apuntó a reivindicar el derecho a sanar desde las lógicas propias, concibiendo la medicina tradicional como un sistema organizacional que ha derivado de formas culturales ancestrales que deben ser respetadas. Entonces, es importante evidenciar la “transformación” que aconteció desde estos espacios organizativos —de médicos y parteras indígenas— que inicialmente surgieron bajo el auspicio y el control de las instancias gubernamentales en el marco de un “multiculturalismo neoliberal”, pero se revierten para constituir espacios de reflexión crítica que demandaron el reconocimiento legal por parte de las mismas estructuras hegemónicas que suscitaron su creación; el principal propósito de la OMIECH ha sido el “rescate, defensa, promoción, sistematización e impulso de la medicina y la partería indígena tradicional en el Estado de Chiapas”.

Ahora bien, paralelamente en la etapa neoliberal de desarrollo se ajustó la legislación en materia de salud, que apuntó al modelamiento específico de la medicina indígena. En los años ochenta, con los gobiernos de Miguel de la Madrid y Carlos Salinas de Gortari, la abierta implementación del modelo económico neoliberal en México redefinió en materia de política social los vínculos entre el Estado y la sociedad. Mediante las políticas de “ajuste estructural” el Estado se desprendió de su responsabilidad como garante de los derechos básicos del conjunto social, acomodando una estrategia de asistencia selectiva y focalizada a los grupos de mayor marginación social.

En el plano internacional, la OMS exhortó a los Estados miem-

bros a que adhirieran a una serie de medidas tendientes a la regulación de la medicina tradicional. Entre las prescripciones, destacó la recomendación de llegar incluso a redefinir completamente la práctica de los médicos y parteras tradicionales, inscribiéndolos en un sistema de regulaciones.

En materia de reglamentaciones legales, en 1990 se promulgó en Chiapas la Ley de Salud del Estado, que sentó las bases normativas para occidentalizar la práctica médica, condicionando el trabajo de los médicos y parteras indígenas, y desestimando a las instituciones conformadas por los mismos. Esta legislación violó los Derechos de los Pueblos Indígenas, enmarcados en el Tratado 169 de la OIT, por cuanto inhabilitó el propio desarrollo de la medicina tradicional para someterla desde un carácter integracionista y controlador.

Los criterios específicos a través de los cuales se reguló la atención y vigilancia de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio se plasmaron en la norma oficial de salud NOM-007-SSA2-1993. En este documento se establecieron las normativas médicas oficiales para la atención del parto, estructuradas desde la concepción medicalizada, sin contemplar la participación de las parteras indígenas mas que como auxiliares debidamente capacitadas. Estas regulaciones fueron construyendo las formas jurídicas a través de las cuales se pretendió integrar y refuncionalizar la medicina y la partería indígena tradicional en Chiapas.

En respuesta a los requerimientos de mercado, en el año 2003 se decretó la reforma en materia de salud que estableció las Reglas de Financiamiento y Prestación de Servicios para la población sin acceso a la seguridad social. Se precisaron así las disposiciones en materia financiera para gran parte de las poblaciones indígenas, a través de un sistema de regulación que incorporó las “cuotas familiares” como pago por la afiliación al “servicio” de salud.

De este modo, el neoliberalismo comprometió al Estado a que se desapegara de la salud como responsabilidad social, abriendo paso a la voracidad de la iniciativa privada para administrar como negocio la atención médica. Consecuentemente, la práctica de las parteras

indígenas se desvalorizó, y se promovió su capacitación y asimilación al sector de salud como “puentes” entre este y la comunidad, es decir, como personal habilitado para “derivar” a las mujeres indígenas embarazadas a los hospitales de segundo nivel de atención. Ello se hizo con el argumento de que se reducirían las cifras de muerte materna. Este panorama mercantil e integracionista chocó con las concepciones tradicionales del sistema de salud de las parteras indígenas de la OMIECH, cuyas lógicas de reciprocidad han operado ancestralmente para responder sin discriminación a las mujeres que lo han requerido.

En respuesta a las políticas de los organismos sanitarios mundiales, el gobierno mexicano y determinadas organizaciones sociales, las parteras indígenas de la OMIECH se han planteado el ser las productoras de sus propias estrategias para combatir la muerte materna, adecuando sus necesidades de salud a los recursos humanos y materiales que son propios de sus culturas, y revalorizando el bagaje parteril en las propias comunidades.

LA MERCANTILIZACIÓN DE LA BIODIVERSIDAD Y LOS SABERES INDÍGENAS

A continuación, revisaremos el andamiaje político-institucional que ha dado luz a la fase verde del desarrollo capitalista que implica la mercantilización de la biodiversidad y los saberes tradicionales, lo que representa una nueva amenaza para los conocimientos herbolarios de las parteras indígenas, los cuales comienzan a ser de interés estratégico para el gran capital corporativista.

La naturaleza, como fuente de nuevos procesos industriales posibilitados por el desarrollo de la biotecnología, representa hoy en día un recurso estratégico para el capital transnacional que experimenta el auge sobre el control de aspectos fundamentales para el sustento humano (agricultura, alimentación, medicamentos). El surgimiento de este nuevo mercado de la vida ha implicado el desarrollo de un discurso y una plataforma normativa —internacional y nacional—

tendiente a regular el acceso, uso y aprovechamiento “sustentable” de los recursos naturales, la biodiversidad y los conocimientos asociados, entre los cuales destacan los saberes herbolarios de los médicos y parteras indígenas. El proceso mediante el cual se ha venido configurando la armazón de esta política apropiacionista ligada al capitalismo ecológico representa una nueva veta de explotación y apropiación de los saberes de las parteras indígenas.

Es posible ubicar en el discurso del “desarrollo sustentable” la institucionalización de una nueva política tendiente a hacer sostenible el crecimiento económico a través de mecanismos de mercado, que legitiman la incorporación de los recursos naturales y humanos a renovadas formas de capitalización de la naturaleza. Como forma discursiva, el desarrollo sustentable responde también a la cuestión ambiental planteada como problemática global de dimensiones económicas, políticas, sociales y ecológicas. Cabe señalar que el mismo concepto surge desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2002) a través de la Comisión sobre Medio Ambiente y Desarrollo que, en el Informe Brundtland (1987), lo define como “aquel que permite a las generaciones presentes satisfacer sus necesidades, sin comprometer las capacidades de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades” (s/p.).

De este modo, se define una agenda global del poder que determina la configuración de una nueva política de la sustentabilidad, que reduce las dimensiones integrales de la biodiversidad para minimizarla bajo visiones científicistas que promueven su conceptualización moderna y mercantil. En el marco de esta geopolítica de la biodiversidad, que implica la lucha por el saqueo de los recursos naturales y las riquezas biológicas, las transnacionales emergen como actor protagónico, pasando a controlar aspectos estratégicos para la reproducción de la vida humana.

Entonces se concibe un modelo hegemónico de conservación privada corporativista, que deja en manos de los consorcios empresariales el manejo de la biodiversidad a través de socios comerciales constituidos por las grandes organizaciones de la conservación.

Como imperativo para la capitalización de la naturaleza, las multinacionales requieren de reajustes neoliberales en materia de política agraria —y el tipo de propiedad de la tierra es central para definir la forma y características de la gestión de la biodiversidad—. También lo es la conformación de mecanismos institucionales que faciliten la implementación de la política apropiacionista de corte conservacionista.

En el ámbito de la política ambiental-conservacionista se ha venido configurado una plataforma que garantiza, a través de mecanismos legales, la ocupación geoestratégica del territorio, su negociación y la subsecuente expoliación de los recursos naturales y conocimientos. A través de esta, las corporaciones transnacionales de las industrias extractivas farmacéuticas, biotecnológicas y de energía logran posicionarse en los “focos candentes de megadiversidad” del mundo (*hot spots*) a fin de integrarlos al mercado global de la biodiversidad.

Cabe señalar que el Convenio Sobre Diversidad Biológica (CDB) que se llevó a cabo en 1992, firmado en Río de Janeiro en el seno de la Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, representa el primer referente a través del cual se institucionaliza y comienza a reglamentarse internacionalmente el acceso y usufructo de la biodiversidad en términos de recursos genéticos, especies y ecosistemas. A través de este, se reconoce el valor intrínseco de la diversidad biológica como interés de toda la humanidad, reafirmando el derecho soberano que los Estados-naciones tienen sobre sus propios recursos.

Además, el CDB perfila el panorama de distribución de beneficios en cuanto a recursos genéticos y conocimientos tradicionales se trate, e instaura las pautas de negociación para la comercialización del patrimonio natural y cultural de los pueblos indígenas y campesinos:

Se reconoce la estrecha y tradicional dependencia de muchas comunidades locales y poblaciones indígenas que tienen sistemas de vida tradicionales basados en los recursos biológicos, y la conveniencia de compartir equitativamente los beneficios

que se derivan de la utilización de los conocimientos tradicionales, las innovaciones y las prácticas pertinentes para la conservación de la diversidad biológica y la utilización sostenible de sus componentes. (ONU, 1992, p. 2)

Asimismo, en dicho convenio se reconoce la función decisiva que desempeña la mujer en la conservación y la utilización sostenible de la biodiversidad, y la necesidad de su plena participación en todos los niveles de la formulación y ejecución de políticas encaminadas a la conservación.

Esta plataforma para el negocio de la biodiversidad plasmada en el CDB, requiere a su vez de un acceso irrestricto a los recursos naturales a través de la globalización de las actividades de biospección. Así, las fajas o regiones geográficas que concentran las reservas ecológicas más importantes y que corren a lo largo de las zonas de megadiversidad —corredores bióticos— constituyen territorios que entran a la libre disposición de las investigaciones científicas con fines comerciales.

La conformación de una política apropiacionista que posibilite a manos del gran capital el control monopólico de la biodiversidad requiere no solo la ocupación de los territorios geoestratégicos, sino también el desarrollo de un régimen legislativo que, conforme a los derechos de propiedad intelectual (DPI), garantice la posibilidad de privatizar los recursos genéticos y conocimientos asociados. Los DPI constituyen un punto estratégico para la nueva revolución basada en la biotecnología y el mayor control corporativo sobre la cadena farmacéutica y alimenticia entre las empresas que compiten por el control de los recursos genéticos.

Este sistema de “blindaje” jurídico extrapola las características de la propiedad privada material y personal a la capacidad de dominio sobre ciertos bienes de carácter creativo cuyo titular intelectual tiene la facultad de impedir la venta o el uso no autorizado del mismo, a la vez que recibe garantías de pago por su utilización. Esta concepción de DPI es llevada a la protección de obtenciones vegetales —es decir de organismos vivos— a través del Convenio Internacional para la

Protección de las Obtenciones Vegetales (1961) que crea la Unión para la Protección de Variedades Vegetales (UPOV), el cual representa el primer referente para instalar una legislación internacional en materia de protección de materias orgánicas. La Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (1967) es el organismo especializado de Naciones Unidas, creado para fomentar la protección de la propiedad intelectual en el mundo.

A partir de la creación de la Organización Mundial del Comercio (OMC) en 1995, los derechos de propiedad intelectual se vinculan directamente a la agenda económica mediante los Acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC o TRIPS, 1995), que prevén los parámetros mínimos para la protección intelectual, así como las sanciones para el incumplimiento de sus reglas. Se imponen de este modo a todos los Estados los estándares de patente de los países desarrollados. Entonces, en caso de que un país no cumpla con los requerimientos establecidos en los ADPIC, este puede ser acusado ante la OMC y quedar sujeto a sanciones y embargos comerciales por parte del país acreedor de los derechos de propiedad intelectual. A través de estos acuerdos, se construyen las reglas del orden global neoliberal en relación con un modelo de “patente mundial”, que restringe las facultades de los Estados-naciones para regulaciones en materia de DPI y sus recursos genéticos.

La conformación de este sistema global de DPI, modelado por los países desarrollados y sus corporaciones transnacionales, integra otro tipo de mecanismos para presionar e imponer los intereses sobre la apropiación de la biodiversidad. No conforme con los niveles de protección comerciales previstos en los ADPIC, desde otras directrices tales como los Acuerdos Regionales de Integración, los Tratados Bilaterales de Inversión y las sanciones unilaterales de la Legislación de los Estados Unidos obligan a los Estados a adherir a las regulaciones en materia de propiedad intelectual. Los bloques de libre comercio, como el Acuerdo de Libre Comercio de las Américas (ALCA), representan otro de los mecanismos coercitivos para

promover la adopción de los DPI en las legislaciones nacionales. El propuesto capítulo del ALCA, referido a propiedad intelectual, es amplio y en materia de biodiversidad es un instrumento que refuerza a los ADPIC, y fomenta las patentes sobre organismos vivos y sus partes. De igual forma contempla la “protección” del conocimiento tradicional dentro de un mecanismo cosificador (Flórez, s/f).

Otro tipo de instrumentos para establecer parámetros internacionales de comercio en torno a los DPI son los Tratados Bilaterales de Protección a la Inversión, que internalizan derechos para las inversiones, la libre circulación de capitales y la protección, que en muchos casos va más allá de lo requerido por la OMC en lo que se ha venido a llamar los ADPIC-plus. Para proteger estas inversiones, se impone la lógica de que los intereses extranjeros deben gozar de las mismas condiciones que los nacionales y al ser tratados los DPI como una inversión, la protección plena de ellos es una meta de estos acuerdos. Bajo la política de comercio exterior de los Estados Unidos, los DPI constituyen una materia prioritaria que garantiza la mayor oportunidad para la competencia comercial de las compañías estadounidenses.

Este sistema de regulación en materia de DPI representa para los pueblos indígenas una nueva amenaza hacia la soberanía de sus territorios en cuanto viola los derechos colectivos al patrimonio cultural y natural. Los pueblos indígenas, como conservadores de la riqueza biológica, han articulado el cuidado de esta en base a principios de uso comunitario; sin embargo, desde la lógica del poder se ajustan los mecanismos en materia de DPI para imponer transformaciones que permitan hacer de bienes colectivos productos susceptibles de negociar:

El tema de los conocimientos tradicionales y el acceso a los recursos genéticos está instalado en la agenda de diversos organismos internacionales (OMPI, OMC, UNCTAD, CDB, FAO, Foro Permanente sobre Asuntos Indígenas), y en cada caso se plantea la necesidad de protección del patrimonio cultural e indígena. Se discute ahora cuál es el mejor modelo de

protección, cuáles los conceptos y mecanismos, y qué foro global es el más apropiado para hacerse cargo de su administración. (Toledo Llancaqueo, 2006, p. 529)

Al respecto, desde la OMPI se ha propuesto la implementación de un régimen de medidas “*sui generis*” como versión acomodada de los DPI para la supuesta “protección” del patrimonio cultural e intelectual indígena. Un sistema de propiedad intelectual pasa a ser *sui generis* cuando se modifican algunos de sus elementos a fin de tener en cuenta las características especiales del objeto y las necesidades a las que responde.

Los pueblos indígenas han declarado que es inaceptable de comprar o vender como mercancía sus conocimientos tradicionales, y criticado a dichos regímenes de propiedad intelectual como mecanismos que aumentan el control monopólico de las transnacionales sobre la diversidad biológica. También han planteado la necesidad de generar discusiones y debates en torno a los DPI y los trabajos de bioprospección en comunidades indígenas, a fin de generar movilizaciones informativas que hagan evidente la forma específica que asume actualmente la extracción capitalista.

En Chiapas, la Reserva de la Biosfera de Montes Azules (creada en 1978) que abarca gran parte de la Selva Lacandona, es actualmente una de las áreas de mayor interés para el capitalismo verde en México, en la cual el gobierno ha venido desarrollando una serie de acciones de despojo. Las poblaciones asentadas en la reserva, protagonistas de una histórica lucha por la tierra, han experimentado las estrategias gubernamentales de desplazamiento, ya sea a través de reubicaciones e indemnizaciones engañosas, o por medio de violentos y sangrientos desalojos. Detrás de las acciones de despojo en la Selva Lacandona, descansan los intereses de las empresas multinacionales de los sectores biotecnológico, farmacéutico, agroalimentario, embotellador de agua, automotriz, petrolero y minero, que bajo el disfraz de una ética filantrópica buscan apropiarse del control sobre los recursos naturales y la biodiversidad.

La OMIECH, en cuanto miembro del Consejo de Organizaciones de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales del Estado de Chiapas (COMPITCH), fue parte de un fuerte proceso de defensa de los conocimientos tradicionales en el marco de su oposición al proyecto ICBG-Maya (2001), que buscaba comercializar plantas y saberes herbolarios de los Altos de Chiapas. Esta experiencia detonó una profunda reflexión en torno a las nuevas iniciativas tendientes a mercantilizar los saberes asociados a la vida que poseen médicos y parteras indígenas.

En este contexto apropiacionista, se confiere un especial interés a la partera indígena, como un sujeto estratégico para el control de la natalidad en zonas de gran interés por su valiosa biodiversidad. De este modo, se constata el interés del capital por avanzar en la gestión monopólica de los recursos naturales, visualizando una “nueva dimensión de funcionalidad” en las parteras indígenas, quienes no solo poseen conocimientos herbolarios susceptibles de mercantilizar, sino que resultan recursos doctrinables para el control de la población y el control sobre el cuerpo de las mujeres.

LA EMERGENTE INSTITUCIONALIZACIÓN ACADÉMICA DE LA PARTERÍA INDÍGENA

Actualmente, es posible evidenciar la configuración de una nueva afrenta hacia la partería indígena asociada a la formalización de su enseñanza. A modo de ejemplo, nos referimos de forma específica a la iniciativa liderada por la Universidad Intercultural de Chiapas (UNICH), que junto al Centro de Investigaciones en Salud de Comitán A.C (CISC), gestionó en 2017 la apertura de una Escuela de Partería y Obstetricia dirigida a mujeres jóvenes indígenas, parteras o hijas de parteras en el estado de Chiapas.

La UNICH, que depende de la Secretaría de Educación Pública (SEP) a nivel federal y del gobierno del estado de Chiapas, fue la institución que lideró esta propuesta que remite a la academización de una práctica de origen ancestral y tradicional. A pesar de que la

misma Coordinación General de Educación Intercultural Bilingüe de la SEP rechazó el plan de estudios de esta escuela por su falta de pertinencia, la UNICH continuó con el proceso de apertura, para lo cual contó con el aval del gobierno del estado de Chiapas.

La apertura de esta escuela fue tajantemente cuestionada por el Área de Mujeres y Parteras Indígenas de la OMIECH, que la denunciaron como una estrategia etnocida hacia la partería indígena ya que adoctrinaría a las jóvenes aprendices según el modelo médico hegemónico al reducir las concepciones de salud y enfermedad únicamente a los procesos biologicistas, con desconocimiento de los contextos sociales y culturales en los que se dan los procesos de bienestar y sanación, tal como sucedió con la licenciatura de “Medicina Intercultural” abierta hace algunos años por el mismo centro de estudios.

Además, la acreditación otorgada por el centro universitario a las parteras “educadas” tendería a acentuar la discriminación y desvalorización de aquellas parteras tradicionales que no cuentan con certificaciones institucionales y cuya validación emana del entorno comunitario y sus pares:

Las egresadas, con el respaldo de su título profesional y sus ‘bases científicas’, entrarán en conflicto con las parteras indígenas que ya están sirviendo en sus comunidades. De esto nosotros ya fuimos testigos con parteras iloles tsotsiles del municipio de Chenalhó. (OMIECH, 2017b, s/p)

Al tiempo que denunciaba este amenazador panorama, la OMIECH planteó la existencia de estrategias complementarias para reducir los índices de mortalidad materna y fomentar el bienestar de las mujeres en las comunidades, con una propuesta que consiste en recuperar las prácticas parteriles en las propias comunidades, potenciando los contextos culturales asociados a la salud:

Nosotros [creemos] que no es necesario desaparecer la partería indígena para bajar la muerte materna. Existen métodos

pedagógicos culturales diferentes que nosotros hemos llevado a cabo en las comunidades y que no matan nuestras culturas originarias. (OMIECH, 2017b, s/p)

En Chiapas, la partería tradicional indígena continúa siendo una práctica vigente que cuenta con sus mecanismos de reproducción social comunitaria, por lo que es injustificable la puesta en marcha de un proceso tendiente a institucionalizar el oficio y menos aún a reglamentarlo desde concepciones provenientes de lógicas hegemónicas, que acabarán repercutiendo en el detrimento de la partería a nivel local.

Los cuestionamientos hacia esta iniciativa, sumados a la debilidad de sus contenidos curriculares, llevaron a que finalmente en diciembre del año 2017 esta escuela fuese cancelada por la misma UNICH. No obstante, consideramos de suma relevancia atender y denunciar estos nuevos arreglos ideológicos que buscan refuncionalizar a las parteras indígenas desde el sistema de educación formal, atentando en contra de la perpetuación de sus saberes y contribuyendo a su desplazamiento como especialistas comunitarias de la salud en los territorios indígenas.

REFLEXIONES FINALES

La revisión realizada nos lleva a comprender que, desde diferentes políticas y estrategias construidas en correspondencia con las estructuras de dominación imperantes, las parteras indígenas han experimentado las presiones para asimilar, mercantilizar e institucionalizar sus prácticas y saberes. Cada una de estas iniciativas, tiene también un peso particular en lo que concierne al control y regulación del cuerpo mismo de las mujeres indígenas en sus comunidades.

Al respecto, comprendemos que las políticas de integración inciden en contra de los derechos de las parteras indígenas a ejercer su oficio y en contra de los derechos de todas las mujeres indígenas a una atención en salud culturalmente pertinente. Asimismo, atentan

en contra de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas, al imponer sobre ellas estrategias para el control de sus cuerpos por parte del Estado, que desconocen las especificidades socioculturales.

A su vez, las políticas apropiacionistas atentan directamente en contra de la producción/reproducción futura de los saberes asociados a la partería, al mercantilizar los territorios y recursos biodiversos, fragmentando el espacio colectivo como fuente de aprendizajes en torno a la naturaleza y su conservación. Las parteras son recursos estratégicos por sus saberes herbolarios, pero también útiles para controlar la reproducción sexual de las mujeres indígenas que habitan en territorios de interés estratégico.

Adicionalmente, desde el sistema educativo se comienzan a esbozar las primeras iniciativas tendientes a academizar a la partería indígena y limitar su aprendizaje al sistema formal de educación, vaciando de contenido “cultural” su enseñanza y práctica. Con ello se desprotege a las parteras indígenas, relegando su sabiduría sobre el cuerpo de las mujeres para ajustar sus procedimientos y modos de atención.

Comprendemos que la producción/reproducción de los saberes tradicionales que detentan las parteras indígenas, se vincula a cosmovisiones integrales y tradicionales, que han operado históricamente de manera solidaria brindando el equilibrio y bienestar comunitario. Es por ello relevante evidenciar y denunciar los mecanismos y estrategias que atentan en contra de la conservación de sus saberes, cuyo legado patrimonial es primordial para la reproducción de la vida misma.

BIBLIOGRAFÍA

- Araya, M.J. (2011). *Parteras indígenas. Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*. Editorial Abya-Ayala.
- Flórez, M. (s. f). Una mirada a los mecanismos que aumentan el control monopólico sobre la biodiversidad en América Latina. En *Militarización de la hegemonía de EE.UU. en América Latina*. <https://bit.ly/3hVl-FXh>
- Freyermuth, G. (1993). *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. Gobierno del estado de Chiapas, DIF-Chiapas/Instituto Chiapaneco de Cultura, CIESAS, Chiapas, México.
- Hernández, A. (2001). *La otra frontera. Identidades múltiples en el Chiapas poscolonial*. CIESAS-Miguel Ángel Porrúa.
- Medina, A. (2000). Los ciclos del indigenismo: la política indigenista del siglo XX. En Natividad Gutiérrez, Marcela Romero y Sergio Sarmiento (Coords.), *Indigenismos reflexiones críticas* (pp. 63-85). INI.
- Menéndez, E. (1990). Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. SEP, *Cuadernos de la Casa Chata 179*, CIESAS, México.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1992). Convenio sobre la Diversidad Biológica. <https://bit.ly/2NqIHHs>
- _____. (2002). Carpeta de Prensa. ¿Qué es el Desarrollo Sostenible? <https://bit.ly/3es8WJH>
- Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH). (2017a). Primer comunicado: Etnocidio por la UNICH, junio.
- _____. (2017b). Segundo comunicado: La UNICH y el CISC se unen para desaparecer la partería indígena en Chiapas, agosto.
- Page, J. (2002). Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995. UNAM, UNACH, IEI.
- Toledo Llancaqueo, V. (2015). *El nuevo régimen internacional de los derechos de propiedad intelectual y los derechos de los pueblos indígenas*. Centro de Políticas Públicas y Derechos Indígenas, Santiago de Chile. <https://bit.ly/3hUoaZ>

LAS PARTERÍAS TRADICIONALES INDÍGENAS DE MÉXICO UNA APROXIMACIÓN A SU EXCLUSIÓN SOCIAL Y DESAPARICIÓN DESDE LA ÉTICA Y LA BIOÉTICA

TOCI ALEJANDRA ALARCÓN SALAZAR

RAFAEL ALARCÓN LAVÍN

INTRODUCCIÓN

Nuestra hipótesis plantea que la desaparición de las parterías tradicionales indígenas (PTI) puede ser visualizada desde la matriz axiológica¹ del paradigma ético occidental actual, aunque este haya “nacido del intento de fundamentar [y posteriormente mundializar] las costumbres e instituciones europeas” (Sobrevilla, 2004, p. 63). Sin embargo, los estudiosos de la ética también han tenido que admitir: 1) que las culturas no occidentales tienen costumbres e instituciones diferentes, y 2) que sus integrantes se han hecho ideas más o menos precisas sobre lo que en sus respectivas culturas se consideraba un comportamiento correcto (p. 64). En base a esta última consideración, analizaremos la desaparición de las PTI en el apartado correspondiente al concepto ético denominado Conciencia.

El desplazamiento y desaparición (intencionada o no) de las parterías tradicionales en el mundo, incluyendo las PTI en México, es un hecho documentado en diferentes publicaciones médicas, sociológicas y antropológicas (Towler & Bramall, 1997; Federici, 2017;

¹ La *axiología* es la rama de la ética que estudia la naturaleza de los valores.

Casillas, 2018; Zarate, 2007; Sieglin, 2004). Este hecho tiene su historia, sus circunstancias bioculturales particulares y, en diferentes grados de participación, agentes determinantes: la inquisición, el clero, personajes políticos, las y los legisladores y las políticas sanitarias de Estado, el gremio médico, la misoginia, el racismo, el capitalismo y neoliberalismo con su modernidad, los medios de comunicación, agencias financiadoras internacionales, organizaciones no gubernamentales, ciertas corrientes de la academia en antropología médica y, paradójicamente, algunas políticas feministas contra la muerte materna (MM), entre otros². Para iniciar este breve análisis, se plantea el cuestionamiento siguiente: el desplazamiento de los ámbitos sociales y desaparición de las PTI, ¿implica necesariamente un análisis desde la ética y la bioética? Si es así, ¿qué conceptos, manejados por estas disciplinas podemos involucrar para facilitar el análisis de la transformación y desintegración de la PTI?

METODOLOGÍA

Debido a que esta línea temática es novedosa, más que respuestas concretas y asertivas, expondremos y reflexionaremos sobre algunos elementos del campo de la ética y la bioética que posibiliten un proceso de abogacía e interés en relación con este etnocidio nacional. Como base del análisis retomamos cuatro conceptos de la ética y bioética: realizar “el bien”, dignidad de la persona, autonomía/libertad y conciencia (Maritain 1951; Aguirre, 2002).³ Además, a partir de las reflexiones y argumentaciones, formularemos preguntas con el propósito de generar otras interrogantes o respuestas en otros tiempos y exploraciones epistémicas. Para reforzar y ubicar, práctica y geográficamente, argumentos teóricos de estudiosos clásicos y modernos de la ética y bioética (Kant, Sobrevilla, Valls, Etxeberria,

² Para profundizar en los determinantes de la desaparición de la partería tradicional en México y de la partería tradicional indígena tsotsil tseltal en particular, no explicitados como parte de la esfera propiamente ética, remitimos al capítulo: El etnocidio de la partería tradicional indígena tseltal-tsotsil. ¿Maquinación de una profecía autocumplida?

³ Ambos autores profundizan en los conceptos fundamentales de la ética y la bioética.

Escobar, Villoro, Latapí y Jacorzynski) nos referiremos a situaciones específicas de las regiones tsotsiles y tseltales del estado de Chiapas, utilizando comentarios de parteras tradicionales indígenas de estas etnias mayenses.

ALGUNOS CONCEPTOS ÉTICOS Y BIOÉTICOS PARA LA REFLEXIÓN

Realizar “el bien”

Uno de los imperativos éticos humanistas es realizar “el bien”. Tanto las parterías tradicionales, incluyendo la indígena, como la obstetricia de la medicina occidental, tienen como objetivo ético primario realizar el bien a través de acciones que previenen el dolor innecesario y salvaguardar la vida de la madre embarazada y de su hija/o, producto de su embarazo. Pero, para alcanzar este bien, cada práctica médica opta por estrategias y acciones diferenciadas las cuales pueden causar, intencionalmente o no, víctimas y efectos de dicho bien. Uno de los efectos, resultado de las estrategias de la medicina occidental, es el desplazamiento y desaparición de las PTI. Con este desplazamiento, la medicina occidental pretende ser la única opción válida de atención al embarazo, parto y puerperio en México. No obstante, y paradójicamente, la realización de este bien no siempre se alcanza en los centros hospitalarios para la atención obstétrica (Secretaría de Salud⁴, 1999). De esta reflexión asoman otras preguntas y razonamientos: ¿es deseable que en México solo exista una única opción de atención al proceso reproductivo femenino, teniendo en cuenta que las luchas feministas plantean que las mujeres deben decidir libremente entre varias opciones para ser atendidas en su embarazo, parto y puerperio? Entonces, si la propuesta unilateral y restringida llega a consolidarse, ¿qué otras opciones de apoyo para parir tendría una mujer? A esta pregunta se podría responder:

⁴ Debido a la incidencia de muertes maternas hospitalarias, la Secretaría de Salud ha conformado comités médico-técnicos hospitalarios para el seguimiento de la mortalidad hospitalaria, materna y perinatal.

ella sola, su marido u otros familiares, amigas o conocidas. De esta reflexión se gestan las últimas interrogantes: ¿es necesario desplazar y desaparecer las PTI para reducir los índices de MM? ¿deben seguir existiendo, en este país multiétnico, multi y transcultural, otras prácticas, aparte de la obstetricia oficial y privada, para apoyar a las mujeres en su proceso reproductivo?

Dignidad de la persona

Desde el paradigma de la ética deontológica⁵ existe una categoría clave que radica en la dignidad de la persona. Para Kant:

En el reino de los fines todo tiene o bien un *precio* o bien una *dignidad*. Lo que tiene precio puede ser reemplazado por alguna otra cosa *equivalente*; por el contrario, lo que se eleva sobre todo precio y no admite ningún equivalente tiene una dignidad [...] lo que constituye la condición única bajo la cual algo puede ser fin en sí mismo no tiene meramente un valor relativo, o sea un precio, sino que tiene un valor intrínseco, es decir, *dignidad*. (Valls, 2005, pp.1-2)

Es decir, la dignidad de los seres humanos está dada en la medida en que la humanidad no los trate como medios entre sí, sino como fin en sí mismos. Por tanto, no se puede tratar a ninguna persona como puro medio, por ejemplo, para obtener ganancias económicas (Etxeberria, 2009, p.19). En este contexto, la estrategia de la medicina occidental para alcanzar el bien obstétrico y reducir la MM (Rosenfield & Maine, 1985)⁶, es tratar a las parteras tradicionales como un medio. Son convertidas en “eslabones” provisionales⁷ en-

⁵ *Deontología* es la ciencia que estudia el deber y la teoría de las normas morales, ya sea de manera genérica, ya sea el de un grupo humano determinado.

⁶ Desde 1985, año en que Rosenfield y Maine preguntaron en un artículo académico ¿Dónde está la M en las siglas MCH (salud materna e infantil, por sus siglas en inglés)?, refiriéndose a la mortalidad materna, algunos grupos feministas iniciaron la lucha política por una maternidad sin riesgo. Esta lucha se sesgó hacia la mujer embarazada, dejando en segundo término a su hija/o.

⁷ Son provisionales mientras el sistema de salud prepara a las futuras parteras profesionales,

tre la comunidad y los servicios de salud para canalizar a “todas las mujeres embarazadas al hospital”. El hospital, aparte de cumplir la función de atender el proceso propiamente reproductivo de las mujeres, cumple también dos funciones adicionales: las de “dispositivo” de saber/poder (García, 2011, p. 7) del Estado y la de medio de acumulación de capital.

El saber/poder se opera a través de la exclusión de la mayor parte de los saberes y prácticas de las PTI pues, según la medicina occidental, no pertenecen a la categoría de evidencias científicas.

La exclusión conceptual crea imaginarios sobre las identidades de las personas y los grupos, afecta las percepciones profundas que tenemos unos de otros e influye sobre nuestros sentimientos, nuestras actitudes y acciones frente a los demás. Dicho por Sen, “la imposición de una identidad irreflexiva puede matar cual una plaga”. (Escobar, 2011, p. 179)

Según Escobar (2011), “Barry define a un individuo excluido como aquel residente en una sociedad de cuyas actividades no puede participar, por razones que no están bajo su control” (p. 178). Escobar, apoyándose en Silver, refiere que esta exclusión social [de las PTI] se puede visualizar desde tres paradigmas: el de la solidaridad, que considera la ruptura de vínculos sociales, en nuestro caso, entre las parteras y las embarazadas y entre aquellas y el personal de salud especializado; el paradigma social de la especialización, que imputa la exclusión social a los comportamientos y prácticas de las PTI por no tener como sustento evidencias científicas; y el paradigma del monopolio, cuyo mecanismo parte de la estructura monopólica de la sociedad, donde el conjunto social [médico-sanitario dominante] se apodera [y adapta a su práctica, para reforzarla y expandirla, ciertos elementos de las PTI: silla obstétrica, temazcal, hamaca para parir, ingesta de *pozol* en hospital], y excluye [o cuestiona la utilización de otros: uso de plantas medicinales, sobadas en embarazo, y otras prácticas que las PTI utilizan durante el parto y puerperio] (p.178).

quienes deberán desplazar a las PTI.

La función de acumulación de capital se lleva a cabo a través de las ganancias obtenidas por las empresas transnacionales, a través de la venta de insumos, instrumental y aparatos a los hospitales, los cuales están promoviendo ser proveedores exclusivos de la atención al proceso reproductivo femenino, incluyendo la intervención quirúrgica más frecuente a nivel mundial: la cesárea (Manny, & Tovar, 2018; Beltrán et al., 2016⁸; Juárez, 2017; Méndez, 2017).

Para el sector público, las cesáreas se traducen en pérdidas (en 2011, un reporte de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria preveía que México podía ahorrarse 12 000 millones de pesos de 2011 a 2015 si se sustituyeran las cesáreas excedentes por partos). Pero para la iniciativa privada son ganancias, ya que una cesárea cuesta en promedio un 50 por ciento más que un parto, según la Procuraduría Federal del Consumidor. (Juárez, 2017, s.p)

La dignidad de las PTI y mestizas no es respetada por el sector salud. Algunas parteras que colaboran con el Hospital de las Culturas, de la Secretaría de Salud, en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas refieren: “nos tratan como a la suela de sus zapatos” (Gómez, 2017, p. 103). Esta situación es interpretada por la misma Gómez como *homo sacer* (p. 104), que significa estar condenadas a priori y despreciadas por el hecho de ser parteras, y como *nuda vida* (p.104) que interpreta como: estar incluidas al servicio del sector salud, pero sin ningún derecho.

En tal situación puede señalarse que las parteras se encuentran relegadas de las directrices del proyecto de mejoras estructurales para dar solución a las problemáticas de salud materna en Chiapas, en realidad lo único que importa de ellas es obtener

⁸ Beltán et al. reportan para Latinoamérica y el Caribe, en 2014, un promedio en la tasa de cesáreas del 40.5%. Lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud es un rango de 10 a 15% de partos por cesárea, del total de partos atendidos en un período determinado. Juárez refiere que un estudio de la OMS ubica a México, en 2016, en el quinto lugar mundial en la práctica de cesáreas. Méndez, con datos del Instituto Nacional de Perinatología (INPER), reporta que un parto por cesárea le cuesta al Estado mexicano 17 500 pesos aproximadamente.

la utilidad de su trabajo, sin que ello devenga en un compromiso institucional que se refleje en el bienestar de las propias parteras. (p. 104)

En otra investigación de campo, en áreas rurales mayas de México, se encontró que:

El desplazamiento y desacreditación de las parteras tradicionales por “médicos alópatas del IMSS” no sólo empieza a trastornar la relación de pareja, sino también “repercute de manera negativa en la cultura maya en torno a la salud reproductiva”, lo que se traduce en aumento de las distocias del embarazo y que las cesáreas se encuentren en la entidad “30 por ciento arriba de la media nacional”. (Gómez, 2005)

A pesar de que la OMS (2009), como organismo rector de políticas sanitarias mundiales en el marco de la maternidad segura, declaró, “no buscar culpables [...] nunca utilizar las revisiones para iniciar litigios, sanciones administrativas o buscar a culpables” (p. 2), en el conjunto de condiciones necesarias para que se produzca la MM la tendencia de la medicina occidental fue la búsqueda de algo sencillo, unitario y vulnerable; y lo encontró: la partera tradicional. Teniendo ya a la “culpable” inventó una receta: su capacitación, utilizando el modelo y contenidos pedagógicos e ideológicos de la medicina/enfermería/partería norteamericanas (MacArthur⁹, 2017, 2019; Ramacciotti, 2019). Este enfoque incriminatorio se generó a partir de dos hechos: uno histórico, el otro práctico e inmediateista. El primero se ubica en la carga centenaria de culpabilidad, de las muertes materno-infantiles que se han adjudicado a las PTI. Esta culpabilidad en algunos países de África y Latinoamérica ha tenido un peso extra debido a que, principalmente, las PTI son el sujeto social inmerso en las condiciones ideales de vulnerabilidad social pues son mujeres

⁹ La MacArthur Foundation es una de las agencias norteamericanas (después de la Fundación Rockefeller en las décadas de 1930 a 1950, en México y América del Sur) que ha impulsado con mayor fuerza la capacitación biomédica de jóvenes y PTI hacia la partería profesional con “bases científicas” como única alternativa de la atención del proceso reproductivo femenino en México.

nativas, monolingües, analfabetas, marginadas y pobres. El segundo hecho consiste en un prejuicio asumido en las escuelas de medicina y enfermería, el cual ha persistido en el personal sanitario que ejerce en los hospitales de segundo nivel de atención¹⁰. Este prejuicio establece que las PTI, que atendieron a mujeres canalizadas al hospital por las complicaciones en el trabajo de parto, son las culpables directas de estas distocias. Si bien las distocias obstétricas pueden suceder en cualquier práctica obstétrica, en los casos de atención por las PTI, el personal de salud no profundiza en la investigación de algunos elementos anexos importantes: cuál fue el perfil de la partera que atendió el trabajo de parto; cuáles fueron las características de la atención prenatal —en tiempo, cantidad, calidad y pertinencia cultural—; y cuáles fueron los hechos históricos, sociales, económicos, políticos y geográficos que incidieron en su traslado tardío o demorado al hospital. Esta visión de la mayoría de los médicos y las médicas que se han formado dentro de la medicina occidental es reforzada por la siguiente interpretación:

La “costumbre”, **la cultura**, limita enormemente las posibilidades de sobrevivencia de indígenas que rechazan mejores opciones técnicas de atención **guiados por visiones deformadas** sobre la medicina alópata, el médico y la hospitalización [...] El desconocimiento, muchos dirán **ignorancia**, haría temer también a la hospitalización, la intervención quirúrgica y en general a muchas de las técnicas de la medicina moderna. (Garza & Freyermuth, 2000, p. 364, el resaltado es de los autores).

Este texto, lapidario y contundente, no es de ningún médico formado en escuelas con currículo de la medicina occidental, ni de un trabajador de los servicios de salud materno infantil, oficial o privado, es la aseveración de profesionistas reconocidas nacional e internacionalmente por sus investigaciones en las disciplinas corres-

¹⁰ Estos centros hospitalarios generalmente se ubican en las ciudades y su personal no posee los suficientes conocimientos socio-antropológicos en relación con los procesos salud/enfermedad/atención/cuidado prevalentes en las comunidades indígenas y marginadas.

pondientes a la epidemiología clásica, y la antropología y sociología médicas, aplicadas en regiones indígenas de Chiapas. En una revisión general de los estudios sobre MM en regiones indígenas de Chiapas¹¹ no hemos encontrado una participación en cantidad, calidad e interrelación de los múltiples determinantes de la MM, incluyendo el determinante: participación de la PTI.

En consecuencia, preguntamos: ¿son generados los determinantes causales de la “utilización” de las parteras dentro del propio sector salud, externos a él o ambos? Si son externos, ¿dónde los podemos ubicar? ¿Podremos idear políticas y estrategias sociales novedosas para que las PTI no sean condenas a priori, excluidas socialmente y denostadas por ser mujeres, parteras no científicas, pobres e indígenas? Para reducir la MM, ¿es necesario “utilizar” a las PTI como eslabones desechables de una cadena sanitaria generadora de ganancias para las empresas trasnacionales farmacéuticas? ¿Es posible crear mecanismos que no necesariamente conlleven a la acumulación de capital para las empresas trasnacionales a través de la atención de todas las mujeres embarazadas en el hospital¹², provocando el aumento estadístico, incorrecto y no recomendable de las cesáreas? ¿Podrán integrarse las investigaciones sobre MM en regiones indígenas y marginadas de forma multi y transdisciplinaria para establecer, delimitar y esclarecer adecuadamente los determinantes participantes en los decesos materno-perinatales?

Autonomía/libertad

Villoro (2004) define el principio ético de autonomía de los pueblos indígenas como “la capacidad de autodeterminación sobre sus fines, valores y medios para realizarlos; sobre la justificación de sus

¹¹ En el capítulo titulado El etnocidio de la partería tradicional indígena tseltal-tsotsil ¿Maquinación de una profecía autocumplida? se comenta más específicamente sobre esta producción bibliográfica.

¹² Aclaramos que no estamos en contra de la medicina occidental y de los servicios hospitalarios por sí mismos. Cuestionamos las intenciones y la utilización que se les imprime para utilizar, desplazar y desaparecer las parterías tradicionales en su objetivo de acumular capital.

creencias y sus formas de expresión, sin coacción ni violencia ajenas” (p. 145). Si bien el derecho a la libre determinación de los pueblos y comunidades indígenas está reconocido por el Estado mexicano (Diario Oficial de la Federación, 2019), da la impresión de que el sistema oficial de salud está exento de cumplir este imperativo ético y legislativo nacional. Esta violencia del sistema de salud sobre las PTI se lleva a cabo en dos formas: ejerciéndola como violencia epistémica, al descalificar los saberes y prácticas específicas de las PIT por no estar basadas en evidencias científicas y, la segunda, derivada de la primera, obligándolas a participar en cursos de capacitación, en los cuales prevalecen y se imponen contenidos biomédicos, so pena de retirarles los apoyos que otorga el Estado a través de programas sociales. La inasistencia a estos cursos también implica la negativa a concederles el documento oficial que les autoriza expedir constancias de atención al parto, las cuales son solicitadas por las mujeres atendidas o por sus familiares para asentar, a la/él recién nacida/o, en el registro civil y, así, poder obtener su acta de nacimiento.

En los países de América Latina como México, Guatemala y Ecuador, en la mayoría de los casos el vínculo entre parteras tradicionales y Estado es de literal adiestramiento; se pretende que las parteras asimilen la información dada y la repliquen en la práctica en sus comunidades. Para poder ejercer en estos países como personal no calificado de salud, deben estar capacitadas para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales para la atención del embarazo, parto y puerperio y deben cumplir en algunos casos con requisitos como saber leer y escribir [en lengua castellana], contar con reconocimiento en la comunidad de su labor y ser mayor de edad, entre otras cosas, para poder conseguir el proceso de acreditación que, en países como en México, se expide por un periodo de dos años para su renovación. (Carbajal et al., 2018, p. 10)

Esta situación está provocando que las mujeres embarazadas asistan con las parteras que han obtenido el documento oficial para la atención del parto, mas no con las que no lo poseen.

Sobre la pérdida de autonomía de las PTI para ejercer sus saberes y prácticas culturales Arana Miranda (2012) refiere que, debido a los programas gubernamentales, parteras del municipio de Tenejapa han delimitado su autonomía a tal grado que se han negado a sí mismas.

Cuando pregunté a las parteras sobre sus sensaciones y sentimientos al realizar su trabajo, me percaté de que muchas, si no es que la mayoría, no estaban contentas con su trabajo y referían que ya no querían seguir atendiendo partos debido a que a partir de los programas públicos para reducir las muertes maternas se promovía una marcada visión del parto como un evento riesgoso y que a pesar de que la mayor parte de las muertes maternas ocurren en hospitales, se promovía una visión culpabilizadora y que no querían meterse en problemas con las autoridades hacia su trabajo. Fue común que expresaran que su trabajo era riesgoso. (p. 70)

Preguntamos: ¿hasta qué punto esta limitación de la libertad de la PTI influye en su autonegación como mujer y como interventora en el proceso reproductivo femenino? ¿Es la violencia epistémica del sector salud hacia las PTI un resabio de la colonización de México? ¿Cuál es la naturaleza de las razones que impide se otorgue a las parteras el permiso oficial para que expidan la constancia de atención al parto sin la necesidad de estar certificadas por el sector salud? ¿A quiénes o a qué intereses perjudica la autonomía, solicitada y exigida por las PTI, para ejercer su práctica?

Conciencia

Aunque los cambios culturales externos han trastocado las normas morales comunitarias, en forma general podemos afirmar que las comunidades indígenas están conscientes de las normas morales bajo las cuales deben actuar. En específico, las y los indígenas tsotsiles y tseltales de Chiapas saben lo que deben hacer y saben si eso que hacen es bueno o malo, lícito o ilícito.

En el mundo indígena, el bien y el mal tienen otros referentes ontológicos; distinto es el fundamento del valor de las personas; distinta la ubicación del individuo en la comunidad, la razón de mandar y obedecer, la idea de igualdad o el concepto de justicia, como son también distintas sus nociones de tiempo e historia, de muerte, de antepasados, de libertad, de negocio o éxito. (Latapí, 1996, s. p.)

El apego a los bienes materiales; el concepto de propiedad, el individualismo, la acumulación de capital; el reconocimiento social gracias al dinero o poder; el enfoque antropocéntrico tecnocrático de la vida; la apropiación desmedida de la biodiversidad; la creencia en la superioridad de lo masculino sobre lo femenino; y la justificación del uso de medidas coercitivas para el correcto funcionamiento del sistema son expresiones que contrastan con el universo axiológico primigenio de las PTI: su enfoque cosmocéntrico en el que la referencia para la moralidad, lo propiamente valioso, es la totalidad de la realidad, con su diversidad y complejidad en interdependencia e interacción; su concepción del cuerpo y de los procesos salud/enfermedad/cuidado; el sentido comunitario y de solidaridad para preservar la paz, la integridad y estabilidad de la comunidad; y una marcada sabiduría ecológica que define y fundamenta el conocimiento que posee, el sentido y las pautas básicas de su conducta, de los deberes en su relación directa o indirecta con la naturaleza. Estas expresiones, no obstante haber sido trastocadas por la cultura occidental dominante, aún prevalecen en la mayoría de las comunidades indígenas de Chiapas.

El conocimiento tradicional que se comparte es muy bonito; es la sabiduría misma que se debe compartir, porque Dios trabaja con nosotras y él quiere lo mejor para nosotras. Por eso tenemos que rescatar nuestras costumbres y usarlas como lo hacían nuestros padres antepasados; ya que antes no había doctores especializados en la tecnología, ni se tenían medicinas de paciente, sino que todos se curaban con lo que la tierra ofrecía, como son sus frutos y las plantas. (OMIECH, 2014, p. 18)

Destaca también, en la tradición de las PTI, la consciencia de que su cargo es una distinción que le ha sido otorgada para brindar un servicio solidario a las mujeres y familias de su comunidad.

No sólo es un conocimiento, sino que estamos destinadas a ayudar a nuestro prójimo de diferentes maneras: unas como parteras, otras como hueseras, yerberas. La necesidad en nuestras comunidades es que atendamos a nuestros hermanos y hermanas que nos necesitan. (OMIECH, 2014, p. 17)

Las PTI están conscientes del valor asignado a la persona y a la relación de esta con los bienes materiales y económicos, pues prima la noción de que en “las transacciones comerciales importe más la relación humana y la mutua satisfacción que la ganancia monetaria” (Latapí, 1996, s. p.): “Hay pueblos indígenas que no cuentan con los recursos económicos para poder pagar las consultas; en cambio, una partera no pide recursos económicos, sino lo que le puedan dar a cambio de su servicio” (OMIECH¹³, 2014, p. 13).

Emprender una aproximación al desplazamiento y desaparición de las PTI, desde el principio ético de la conciencia implica reflexionar sobre los derechos colectivos de los pueblos originarios y los derechos humanos (individuales) de las parteras y mujeres, en relación con los valores y costumbres de esos pueblos y de las sociedades con las que interactúan. Implica, para nosotros los mestizos, los investigadores sociales y todo el personal del sistema de salud hegemónico, cuestionarnos de qué manera percibimos y comprendemos su lenguaje y cómo actuamos frente a los grupos indígenas, en general, y frente a las embarazadas y PTI, en particular. Implica, también, sumergirnos en las relaciones de “las historias individuales, entre los actores y las prácticas morales, que marcan la experiencia

¹³ Las transformaciones sociales mundiales, principalmente las dirigidas a la forma de vida dentro del capitalismo individualista, han provocado que las relaciones que se establecían, en cuanto al apoyo de las parteras tradicionales hacia el proceso reproductivo femenino, hayan sido encaminadas a privilegiar la acumulación de capital, característica en el subsistema médico occidental privado, por encima de la calidad de las relaciones humanas médico/a-paciente, con toda la gama de consecuencias socioculturales que ello implica.

del sujeto” (Jacorzynski (2016, p. 323). La experiencia de esta persona le hace capaz de evaluar y discernir si asiste a un servicio de salud u otro, tomando en cuenta todas las variables posibles¹⁴, entre otras, los valores comunitarios, familiares y, en última instancia, personales. Implica develar la historia, la estructuración (movimientos) y conflictos de prácticas, reglas y tradiciones morales que van a determinar si optan por una determinada opción médica o por otra(s) porque, ni todas las mujeres embarazadas deciden ir al hospital, ni todas deciden acudir con la partera o atenderse en su hogar (solas o con algún familiar).

Otra cara que implica la ética de la aceptación de la conciencia de la otra/otro, es la emisión de disposiciones legislativas positivas nacionales e internacionales, las normas y códigos penales y sanitarios operados en programas, estrategias y proyectos que, implícita o explícitamente, cuestionan, rechazan y/o sancionan elementos de la conciencia colectiva e individual de los pueblos indígenas: modos de vida, sistemas de valores y tradiciones.

Para generar algunas interrogantes sobre la conciencia de las comunidades indígenas y sus PTI, analizaremos una propuesta teórica que fue concebida desde la antropología médica por Arana y Guerrero (2009) para ser aplicada en comunidades tseltales¹⁵ con el propósito de reducir la MM. La propuesta parte de un concepto *emic* denominado en idioma tseltal *lekil kuxlejal*, “la vida buena” (p. 137). Agripino Icó, pasante de la licenciatura e n antropología de la etnia tsotsil, comenta que la denominación en lengua tsotsil de “la buena vida” es *st’ujumal kuxlejal*, y se refiere a educar a los hijos e hijas según las normas y valores de la comunidad para que su conducta sea buena, la adecuada para que puedan vivir en armonía, integrados a la comunidad y a la naturaleza. Asimismo, afirma que este concepto aún está vigente y se aplica en la mayoría de las comunidades indíge-

¹⁴ Las variables participantes (económicas, geográficas y políticas) internas y externas a las comunidades indígenas tsotsiles y tseltales no serán analizadas en este capítulo.

¹⁵ La propuesta metodológica tiene como estrategia para la obtención de información la técnica de “grupos focales”.

nas de los Altos de Chiapas (comunicación personal a los autores el 14 agosto de 2018 en San Cristóbal de las Casas, Chiapas).

La propuesta de Arana y Guerrero pretende utilizar este concepto, que implica una “pauta ética de comportamiento” (p. 137), pero resignificándolo en base a las necesidades de la mujer embarazada para que el esposo la apoye en los momentos de urgencia y trasladarla al hospital de segundo nivel de atención. Además, plantea que, como el apoyo del marido a la mujer es un imperativo ético, debe ser objeto de exigibilidad por parte de las autoridades. Como elemento alternativo o complementario al *lekil kuxlejal* ambos autores proponen aplicar al esposo un recurso legal, que consiste en una sanción penal de un mes a cinco años de cárcel, de 180 a 360 días de multa y/o privación de los derechos de familia con pago para reparar el daño. Es decir, ante el incumplimiento del *lekil kuxlejal* por parte del esposo, se le debe aplicar una sanción emanada del derecho positivo.

Y, en este sentido, proponen que se impulsen legislaciones nacionales para tipificar como delito el incumplimiento del *lekil kuxlejal*. En este punto surgen más preguntas: el buen vivir de una cultura, ¿es necesariamente igual o debe ser igual al de otra? ¿forma parte del buen vivir o *lekil kuxlejal* de los tostsiles y tseltales la canalización de “todas las mujeres embarazadas” en todas las comunidades indígenas al hospital de segundo nivel de atención, diseñado, dominado y administrado por los mestizos? Por otra parte, habría que plantear una pregunta más específica, ¿abona el trato hacia las mujeres indígenas embarazadas en los hospitales de las regiones indígenas a que estos hospitales sean incluidos en el concepto del “buen vivir” tsotsil y tselta? ¿deben ser traducidos, trasladados o interpretados como objeto de exigibilidad, coerción y sanción por parte del derecho positivo los imperativos éticos comunitarios?

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las PTI poseen la cualidad de facilitar la transmisión generacional de valores que coadyuvan a preservar la identidad a las comu-

nidades indígenas. No obstante, estos valores se han encontrado, y se han visto involucrados, con la preocupación de los Estados por combatir la muerte materna. En este encuentro las PTI son la parte que, a pesar de sus resistencias, han sido desplazadas y, en algunos estados de nuestro país, ya han desaparecido.

Hemos demostrado que el etnocidio de las PTI en México tiene vínculos transparentes y, por ello, difusos con la esfera ética y la bioética. En consecuencia, es necesario continuar con esta línea de reflexión para, en relación con otras disciplinas, descifrar estos entramados ideológicos que tienen consecuencias concretas en las interrelaciones culturales, en general, y en relación con la vida y muerte de las mujeres embarazadas y sus hijas/os, en particular.

Habiendo abierto el tema del desplazamiento y desaparición de las parterías tradicionales indígenas desde la ética y bioética, únicamente nos queda recomendar a quienes nos leen hacer un esfuerzo para formular más preguntas o tratar de responder a las formuladas a lo largo de los apartados del capítulo. Estas respuestas deberían guiarnos por rutas epistemológicas novedosas, que nos ayuden a entender y replantear alternativas de solución que contribuyan a frenar el etnocidio innecesario de la partería tradicional indígena en México y en otros países del Sur, donde ha logrado sobrevivir para beneficio de las mujeres embarazadas y su descendencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, G. (2002). La ética y la calidad de la atención médica. *Cirugía y cirujanos*, 70(1), 50-53. Academia Mexicana de Cirugía: Medigraphic. <https://bit.ly/3dxsiM5>
- Arana, C. y Guerrero, C. (2009). Reflexiones sobre recursos tradicionales y legales para evitar la primera demora en búsqueda de atención en las emergencias obstétricas. En G. Freyermuth y P. Sesia (Coords.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura* (pp.133-142). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Arana, M. (2012). *Lekil Kuxlejal: Parteras de Majosik, Tenejapa, a través de mis ojos. Cosmovisión, cuerpo e identidad. Una aproximación a la Antropología Visual*. Informe de línea de investigación, pp. 1-81. Facultad de Antropología, Universidad Veracruzana, México.
- Beltrán, A., Ye, J., Moller, A., Zhang, J., Gülmezoglu, M., & Torloni, M. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLOS ONE*, 11(2), 1-12. Hajo Zeeb, Leibniz Institute for Prevention Research and Epidemiology (BIPS). <https://bit.ly/2VcgZmk>
- Carbajal, B., Gómez, G., Restrepo, A., Varela, A. Navarro, V., Angulo, V. (2018). Panorama académico y político que enfrentan las parteras tradicionales en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(3), 1-16. <https://bit.ly/2B9pUxM>
- Casillas, S. (2018). *Para la mujer que va a ser madre: el proceso de medicalización del embarazo y parto en Puerto Rico, 1930-1970*. [Tesis doctoral sin publicar]. Centro de Estudios Avanzados de Puerto Rico y el Caribe, San Juan, Puerto Rico.
- Diario Oficial de la Federación. (2019). *Acuerdo por el que se emiten los lineamientos del programa de derechos indígenas para el ejercicio fiscal 2019, a cargo del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas*. <https://bit.ly/2VaIRHi>
- Escobar, T. (2011). Bioética y exclusión persistente en América Latina y el Caribe: de la sociedad colonial la sociedad tecnocientífica. *Revista Colombiana de Bioética*. 6(1), 177-185, junio. <https://bit.ly/2No52ph>
- Etxeberria, M. (2009). Referencias básicas para la ética de la vida. *Enlaces Académicos*, 4(2)80-104. Manuscrito para publicación. Instituto Tecnológico de Estudios superiores de Monterrey (ITESM).

- Federici, S. (2017). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación primaria*. Traficantes de sueños.
- García, F. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei, Revista de Filosofía*, 74, 1-8, marzo. <https://bit.ly/37WN-nOQ>
- Garza, A., & Freyermuth, G. (2000). Problemas de la antropología frente a la muerte materna. Cultura, género y muerte materna en los Altos de Chiapas. En C. Stern, y J. Echarri (Comps.), *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación* (pp. 363-392). El Colegio de México.
- Gómez, G. (2017). *Echar valor. Parteras tradicionales en el contexto biomédico del sector salud* [Tesis de posgrado en Antropología, Facultad de Filosofía y Letras]. Universidad Autónoma de México.
- Gómez, M. (2005, 8 de diciembre). El concepto maya de la maternidad, alterado por la medicina alópata. *La Jornada*, sección Sociedad y Justicia.
- Jacorzynski, W. (2016), *Del salvaje exótico al otro cultural: conflictos éticos en la antropología*. Publicaciones de la Casa Chata.
- Juárez, J. (2017, 28 de agosto). Una epidemia de cesáreas innecesarias en México. *New York Times*, sección América Latina/Salud, s/p. <https://nyti.ms/31er9GA>
- Latapí, S. (1996, 19 de octubre). Ética indígena. *Revista Proceso* [Revista electrónica]. <https://bit.ly/2VhmTT1>
- MacArthur Foundation (2017). *Iniciativa de la Fundación MacArthur para promover la partería en México. Informe de resultados de la línea de Base*. <https://bit.ly/3dz9iN8>
- _____. (2019). *Fortalecimiento de la partería profesional en México. Evaluación de los avances 2015-2018*. Informe a la Fundación John D y Catherine T. MacArthur. <https://bit.ly/3fNd7Qu>
- Manny, A., & Tovar, J. (2018). Incidencia de la operación cesárea según la clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. *Cirugía y cirujanos*, 86, 261-269. <https://bit.ly/3i4JQ5B>
- Maritain, J. (1951). *Las grandes categorías de los sistemas éticos. Obras breves de Jaques Maritain*. Transcripción de la primera lección del libro *Leciones Fundamentales de la Filosofía Moral*. <https://bit.ly/2NqQZPN>
- Méndez, C. (2017, 22 de enero) Nacen por cesárea la mitad de los mexicanos. *El Universal*, sección Periodismo de datos. <https://bit.ly/380Arr4>
- Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH).

- (2014, febrero). *Encuentro de parteras Indígenas Tradicionales*. Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (MIMEO). San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Más allá de las cifras. Revisión de la muerte materna y las complicaciones en el embarazo, para hacer la maternidad más segura*. <https://bit.ly/2YuRDSx>
- Ramacciotti, K. (2019, agosto). La Fundación Rockefeller y la enfermería en Chile y Argentina en los años cuarenta. *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos*. [Revista electrónica]. <https://bit.ly/2Ntz0Ir>
- Rosenfield, A. & Maine, D. (1985). Maternal mortality. A neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet*, 13(2), 83-85. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(85\)90188-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(85)90188-6)
- Secretaría de Salud. (1999). *Comités técnicos médicos hospitalarios. Lineamientos para la organización y funcionamiento*, pp. 67-78 <https://bit.ly/2VjW94l>
- Sieglin, V. (2004). *Modernización rural y devastación de la cultura tradicional campesina*. Plaza y Valdés Editores, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Sobrevilla, D. (2004). Ética etnocéntrica y ética universal. En L. Olivé (Comp.), *Ética y diversidad cultural* (pp. 63-73). FCE-UNAM.
- Towler, J., & Bramall, J. (1997). *Comadronas en la historia y la sociedad*. Primera edición traducida del inglés. MASSON, S.A.
- Valls, R. (2005). El concepto de la dignidad humana. *Revista de Bioética y Derecho*, 5, 1-5, diciembre. <https://bit.ly/2NwhZ0h>
- Villoro, J. (2004). Aproximaciones a una ética de la cultura. En León Olivé, (Comp.), *Ética y diversidad cultural*. (2ª ed.). FCE, UNAM.
- Zarate, C. (2007). *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la "ciencia de la hembra" a la ciencia obstétrica*. Ed. Alberto Hurtado/Centro de Investigaciones Diego Barros Arana (Dibam).

DISPOSITIVOS DE SABER-PODER. PARTERAS TRADICIONALES Y EL PROCESO MEDICALIZADOR EN EL SURESTE DE MÉXICO

IRAZÚ GÓMEZ

INTRODUCCIÓN

Debido a la circunstancia sociohistórica que define a la región alteña del estado de Chiapas, caracterizada por una alta prevalencia de población indígena y diferentes dinámicas de interculturalidad con la denominada población mestiza, la partería tradicional ha sido un referente de indagación continua desde el campo de las ciencias sociales.¹

Como parte del desarrollo de la antropología clásica mexicana, los análisis realizados a partir de la década de los sesenta lograron identificar elementos de la partería local con trabajos que señalaron la importancia de la partera o partero tradicional en el campo de prácticas mágico-religiosas, más allá de los cuidados fisiológicos vinculados al embarazo, parto o puerperio. En estos se encontró una persistencia de ideas asociadas a la cosmovisión maya respecto de la

¹ La Declaración Conjunta sobre Parteras Tradicionales de las instituciones multilaterales define a la partera tradicional como “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”. Otras definiciones en diversos campos de conocimiento sustituyen el término tradicional con empírica, y añaden el concepto de adiestrada cuando la partera ha recibido algún tipo de capacitación biomédica (OMS, FNUAP, UNICEF, 1993, p. 5).

salud de las mujeres y los recién nacidos (Guiteras, 1961, pp. 159-166; 1944, p.171; 1986, pp. 94-101; 2011, pp. 49-50; Holland, 1963, p.155; Pozas, 1977, p.159).

En décadas posteriores, otros análisis se orientaron hacia la definición de distintos grupos de parteras y su actuación para resolver problemas de orden comunitario (Freyermuth, 1993, pp.75-79; Aguirre, 1994, pp. 327-332; Argüello & Mateo, 2014, pp.13-29), así como el desempeño que han tenido algunos modelos de capacitación vinculados al contexto referido, e implementados desde el campo biomédico (Freyermuth & Manca, 2000). Estos trabajos abonaron a la construcción y la representación de un perfil de la partera tradicional asociado con una mujer de edad madura, monolingüe, que goza de respeto y validación social con:

Un discurso [que es] compartido por la comunidad y que posee eficacia real y simbólica. Con un conocimiento preservado en forma generacional, a partir de la experiencia de concebir, o mediante un don que es comunicado a veces de forma onírica. (Freyermuth & Montes, 2000).

A partir de las investigaciones consultadas es posible elaborar otro perfil alrededor de las parteras tradicionales capacitadas por el sistema de salud o por otras instituciones de orden público para integrarse a las actividades del primer nivel de atención bajo las dinámicas del modelo biomédico (Bravo, 1990; Gallástegui, 1993; Freyermuth & Manca, 2000; Argüello & Mateo, 2014, pp. 13-29; Sánchez et al., 2014). Finalmente, otros análisis revisados ponen en evidencia la utilización de la partera tradicional como promotora de salud reproductiva (Díaz, 2006; Araya, 2008; El Kotni, 2016).

La información de los textos citados resulta de gran utilidad para conocer puntos claves de la partería tradicional en Chiapas; sin embargo, ninguno de ellos apunta al dominio biomédico como un proceso histórico de larga duración (Braudel, 1970)², con un orden

² El enfoque de larga duración es una propuesta de Fernad Braudel para observar, comprender y ubicar las causas y el impacto de un fenómeno a través de un periodo de tiempo que implica

político que propició modificaciones vinculadas a la relación de la partera tradicional con el evento del nacimiento, así como la transformación de valores, creencias y representaciones vinculadas a la salud, la enfermedad, y la atención para la población, sobre todo en décadas recientes.

En tal sentido, la perspectiva presentada, destaca el fenómeno medicalizador para Los Altos de Chiapas como una intervención administrativa dirigida a través del Estado. Las medidas establecidas con el despliegue de la política indigenista, iniciada en la década de los cuarenta del siglo XX, realizaron estrategias que contemplaban desde entonces la introducción de elementos de la medicina hegemónica en la región. El objetivo justificó la expansión biomédica como un recurso de solución y bienestar social ante la precariedad de los pueblos indígenas (Aguirre Beltrán, 1994, p. 39).

CONTEXTO TEÓRICO

Desde la perspectiva foucaultiana, los conceptos de biopolítica y anatomopolítica se asocian al surgimiento histórico de la figura del Estado y nos remiten a la consideración del poder como una red de relaciones con diferentes puntos de tensión y resultados (Foucault, 2006, p. 16). Los motivos que dan origen a dichas relaciones se encuentran determinados en su mayoría por un esquema cultural de normas que da inicio con fines de regulación, pero que finalmente terminan por internalizarse (Foucault, 1994, p. 123).

De acuerdo con lo citado arriba, Foucault propone pensar el ejercicio del poder bajo la óptica de dinámicas histórico-sociales y tecnologías: “procedimientos que han sido inventados, perfeccionados y que se desarrollan [en el cuerpo social]”, incorporando a la subjetividad e interacción social cosas, placeres, saberes y discursos (Foucault, 1999, pp. 182-241).

Al señalar la reconfiguración expuesta, Foucault empleó el análi-

siglos, por ello considero pertinente su alusión en este trabajo.

sis histórico como una vía para comprender el contexto en que fueron organizadas las sociedades modernas de Occidente en su conjunto, y su relación con “mecanismos de poder, mediante un determinado número de transformaciones (...) [que comenzaron] a volverse económicamente ventajosas y políticamente útiles” (Foucault, 1999, p. 146).

La propuesta esbozada está ligada así al análisis del capitalismo en su dimensión política, con la función de un poder que produce cuerpos y conductas para otorgar fuerza a la figura administrativa del Estado. De esta manera se da una clasificación de la población a partir del surgimiento de la gubernamentalidad, a la que se define como un conjunto constituido por:

Instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y tácticas que permiten ejercer esta forma tan específica, tan compleja, de poder que tiene como meta principal a la población, como forma primordial de saber a la economía política. (Foucault, 1999, p. 195)

Las tecnologías de poder, además de apuntar a la administración y regulación del cuerpo social, nos indican el sentido de la “tecnología individualizante” como parte del funcionamiento estatal (Foucault, 1999, p. 243). Dicho campo conjunta a un tipo de discursos, acciones y medidas denominadas por Foucault como anatomopolítica, con una aplicación de objetivos vinculados al disciplinamiento individual y la construcción de la subjetividad. De acuerdo con Foucault, las tecnologías de la biopolítica y la anatomopolítica atraviesan a la sociedad para construir discursos, saberes y verdades en el ámbito cultural, dando lugar a la interrelación entre las instituciones formales, surgidas en la esfera gubernamental, y las “elecciones de existencia” (Foucault, 1999, p. 369). De manera que las conductas disciplinares impuestas de manera visible o encubierta, terminan por ser reconocidas como aceptables, consideradas por ello fuera del campo de la imposición (Foucault, 1998, pp. 175-198).

METODOLOGÍA

Los datos empíricos obtenidos con el trabajo etnográfico fueron resultado de observación participante en procesos de capacitación a parteras tradicionales organizadas por el sector salud en San Cristóbal de Las Casas, así como en consultas de atención, la asistencia a actos administrativos donde participaron dichos agentes de salud y, también, a través de documentación de atenciones al parto.

El conjunto de análisis estudiado suma un total de cuarenta y tres parteras tradicionales. En dicho universo, el rango de edad va de los veintisiete a los ochenta y cuatro años. Treinta y cinco de las integrantes referidas son hablantes de lengua tseltal o tsotsil. De estas, no todas hablan español. Sus sistemas de creencias son heterogéneos y todas participan en otras actividades productivas, además de ejercer la práctica de la partería, por la que no reciben una retribución económica institucional³ (Gómez, 2017).

La técnica empleada para la obtención de la información se dio a partir de entrevistas, a profundidad y semiestructuradas, y con la consulta de los archivos históricos del Centro Coordinador Indigenista Tzeltal-Tzotsil (CCTT) y de la Secretaría de Pueblos Indios (SEPI). Cabe señalar que a petición de las y los informantes sus nombres han sido modificados.

A continuación, me ocuparé de indicar algunas de las características que enmarcan el posicionamiento sociohistórico de las funciones biomédicas y la trascendencia de la medicalización como una técnica política de regulación en el ámbito social. De manera posterior, citaré la experiencia de algunas parteras tradicionales con la intención de señalar las transformaciones anatomopolíticas ocurridas en el contexto estudiado.

³ Las parteras, reciben pago solo por parte de las usuarias del servicio o los familiares de estas. Por ello, sus ingresos son variables. Para solventar necesidades materiales tienen otras actividades. Lavan ropa ajena, venden artículos por catálogo, trabajan en la agricultura, son vocales de programas gubernamentales de asistencia social o trabajadoras domésticas, preparan comida y ponen en renta habitaciones de sus hogares. En el ámbito de la salud, las de mayor edad presentan problemas renales, de diabetes, hipertensión arterial, cataratas, vista borrosa, reumatismo, altos niveles de ácido úrico y cáncer.

ESTUDIO DE CASO

Para Foucault, la racionalidad biomédica es un proceso universal de larga duración, que propició la organización de una episteme, y un despliegue de observación, teoría y evidencia, lo que a su vez terminó por revolucionar las concepciones elaboradas hasta entonces en temas de salud (Foucault, 1996, pp. 67-71, 2001a; 1996).

La búsqueda de síntomas y signos específicos para evidenciar afecciones y causas biológicas, el surgimiento de un nuevo lenguaje para identificar y clasificar la enfermedad, la asepsia y los nuevos métodos de tratamiento empleados validaron el saber biomédico al definir al cuerpo social, y a los individuos, como sujetos y objetos de conocimiento administrables para conseguir objetivos específicos (Foucault, 2001, pp. 97-115).

La medicalización de la vida se reflejó en el control del cuerpo y las regulaciones vinculadas a la “toma de decisiones relativas a problemas económicos y políticos”, que terminaron por interiorizarse de manera positiva, produciendo un sentido de acuerdo con normas consideradas como correctas, que finalmente se posicionaron como dominantes por consenso social (Foucault, 1996, pp. 77-80).

La dinámica referida por Foucault puede indagarse en México respecto de la partería desde el periodo virreinal (siglo XVII), con el dictamen de medidas para el ejercicio de médicos, cirujanos, boticarios y parteras (De León, 2010). A partir de ese periodo hay una discontinuidad entre la institucionalización biomédica y la práctica de la partería, que fue relegándola cada vez más hacia espacios marginales.

De esta manera, las transformaciones históricas ocurridas a lo largo de siglos posteriores, con los procesos de Independencia y Revolución, produjeron un sinnúmero de cambios, pero de manera general favorecieron el tránsito hacia la construcción de un Estado mexicano, fundamentado en la organización del modelo liberal, en el que las condiciones de heterogeneidad cultural de los habitantes, visibles para entonces a través de diversas ruralidades, no lograron resolverse.

Por el contrario, fueron ignoradas, ya que las nociones de Estado, nación y modernización implicaban condiciones de homogeneidad e identificación ideológica.

Dentro del desarrollo, la urbanización, el crecimiento demográfico, la industrialización, la profesionalización y el surgimiento de la clase media, el oficio de las parteras quedó relegado paulatinamente al ámbito campesino bajo condiciones socioeconómicas que lo vincularon cada vez más a un contradictorio discurso indigenista, que por un lado valoraba el legado cultural de pueblos y comunidades rurales, pero por otro los consideraba “atrasados” en sus prácticas.

Fue así como desde la primera mitad del siglo XX se diseñaron proyectos de integración nacional que pugnan por la aculturación de los pueblos indígenas, entre los que se tomaron en cuenta medidas que incluían las capacitaciones a curadores y parteras denominados tradicionales para un manejo adecuado de la salud. Desde entonces, las políticas desplegadas han ido transformándose de acuerdo con circunstancias coyunturales; por ejemplo, de manera reciente se han añadido al discurso institucional conceptos como multiculturalismo, interculturalidad, género y parto humanizado.

El fenómeno extensivo de la biomedicina, bajo los límites trazados, se corrobora en el tema del presente capítulo. Actualmente, el sentido de la relación establecida entre parteras tradicionales y la institución biomédica comprueba que los conocimientos de las primeras son significados desde una perspectiva de pensamiento que antepone fines de regulación, justificados en la existencia de una cultura con mejores herramientas para atender a la salud de la población. Por tanto, la interacción en sus fundamentos no significa un intercambio de conocimientos en igualdad de condiciones, sino un mecanismo de elementos que pretenden convencer a una de las partes de los beneficios del método científico y del funcionamiento de un modelo de atención.

El proceso referido ha sido impulsado en las poblaciones de Los Altos a través de distintos actores y programas sociales de salud gubernamental. Uno de sus resultados a largo plazo es la pérdida de

validez social de la partera frente a la comunidad. Para ser valorada como capaz de cumplir con su función, la partera ahora debe ser reconocida primero por promotoras institucionales y autoridades de orden administrativo que la someten a un juicio de competencia, de acuerdo con lineamientos de orden “científico”; es decir, la partera debe ser aprobada y censada por el sistema de salud.

La operatividad de esta iniciativa ha sido justificada a través de los años como una vía para lograr mejoras respecto de la atención materna; sin embargo, su forma de ejecución encubre la imposición, así como el control de fuerza de trabajo y recursos humanos, con el propósito de direccionarlos hacia la administración institucional biomédica.

PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL PARTO EN LOS ALTOS

La historia que marcó el paso de una sociedad rural a una urbana implicó tendencias de unidad y homogenización, con preceptos que incluían ideas de mestizaje cultural y desarrollo. Estos derroteros incorporaron a su vez tendencias intelectuales, exigencias educativas, organizaciones institucionales, así como las propuestas y discursos sobre la salud y la higienización social (Gómez, 2017). Una consecuencia de ello puede advertirse con la elaboración de las primeras políticas integracionistas durante la época del cardenismo en el siglo XX (Solís, 1975, p. 5).

A partir de los datos encontrados en los archivos del Centro Coordinador Indigenista Tzeltal-Tzotsil (CCTT) y de la Secretaría de Pueblos Indios (SEPI), ubicados en Los Altos de Chiapas, y gracias a las aportaciones hechas respecto a la historia del Centro Coordinador por Aguirre Beltrán (1994), es posible diferenciar durante esta etapa una organización de objetivos orientados a la expansión biomédica, en donde además se hizo una clara separación entre el conocimiento científico de la medicina occidental capaz de conducir al bienestar social y la ideología mágico religiosa como una limitante del progreso para el país.

En el marco de las medidas emprendidas, se cuenta la distribución de puestos médicos de atención, las campañas de higiene y de fumigación, así como la aplicación del modelo de promotor cultural y de promotores de educación para atender diferentes tareas, entre ellas funcionar como un tipo de enlace entre la biomedicina y la medicina tradicional, y entre las instituciones y la población.

En la década de los setenta, las autoridades sanitarias proponían la realización de censos y la elaboración de historias clínicas de mujeres embarazadas, que facilitarían el contacto con parteras tradicionales para mostrarles las ventajas de una atención higiénica, proporcionarles cinta umbilical y medicamentos como inductores de parto (ergonovina), lo mismo que gotas desinfectantes de cloranfenicol para los ojos del recién nacido.⁴ En la década de los ochenta, los informes del IMSS-COPLAMAR refieren el uso, por parte de las mismas parteras, de antibióticos como la penicilina para evitar infecciones en las madres recién paridas.⁵

Las directrices de los cambios ocurridos en el proceso de expansión biomédica pueden apreciarse también con la creación de organismos como la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), y de manera posterior, en los objetivos institucionales establecidos por el Instituto Nacional Indigenista (INI) que señalaba la necesidad de “lograr el equilibrio entre el acceso a la modernidad económica, el respeto a la diversidad cultural, y a la participación y al fortalecimiento de la identidad nacional” (CDI, 2012, p.15).

En el área estudiada, las acciones de medicalización deben considerarse junto a la elaboración de propuestas surgidas de acuerdo con la normatividad de organismos internacionales entre los que se cuentan la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); sumando a países como la

⁴ Archivo Histórico del CCTT, Sección salubridad, subserie campaña epidemiológica, caja 5, expediente 0036.

⁵ Archivo Histórico del CCTT, Sección dirección, subseries informes, caja 1, expediente 0010.

Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), que en conjunto defendían acciones orientadas a mejorar las condiciones de la población menos favorecida, sobre todo de los países del entonces llamado Tercer Mundo. Bajo este marco fueron firmados convenios como los de la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud (Alma-Ata, 1978), que postuló la promoción y la protección de la salud como un avance necesario para el desarrollo económico y la paz mundial.

Una de las aportaciones medicalizadoras vertidas como parte de la Conferencia de Alma-Ata fue destacar la asignación de derechos y obligaciones de “los pueblos originarios del mundo”, para que estos participaran individual y colectivamente en procesos de planificación y ejecución de salud, así como el compromiso de los Estados para darle un cauce a tales procesos.

No obstante, en el marco del avance medicalizador y la relación descrita, los cambios del contexto económico y político a partir de la implantación del neoliberalismo propiciaron el abandono de los objetivos establecidos internacionalmente en Alma-Ata. Las transformaciones macroeconómicas globales fueron orientadas finalmente a convertir el derecho a la salud en objeto mercantil o bien en capital político bajo la racionalidad costo-eficiencia.

En el caso de Chiapas deben considerarse también los procesos internacionales a los que se encuentra vinculado el país (Convenio 169, la Declaración de Barbados y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas) que generaron algunas transformaciones, sumadas al contexto nacional de los noventa con la irrupción del EZLN y la exigencia gestada desde la sociedad civil y la academia acerca del cumplimiento de distintas obligaciones con el propósito de reducir la brecha de atención a la salud entre la población mexicana. Una de ellas fue el supuesto reconocimiento a la diversidad cultural y la inclusión en espacios institucionales de curadores y parteras tradicionales mediante programas de salud efectuados por IMSS-Oportunidades y por la Ssa.

Sin embargo, la evaluación sobre dicha medida devela aspectos

de refuncionalización importantes si consideramos que su aplicación ha llevado a las parteras a involucrarse en un sistema poco flexible, donde sus opiniones sobre la salud de las mujeres a las que ofrecen atención no son escuchadas. En este sentido, la declaración de doña Cándida, partera captada por la Ssa en San Cristóbal de Las Casas, es precisa:

Es así como le digo, nomás nos traen de un lado al otro y nos dicen que todo está mal; no podemos sobar a la mujer, no podemos darle remedio; dicen que ya todo está mal, que hay que llevar al doctor, que vamos a matar a la mujer... Eso sí, lo que nosotros interesa saber, eso nunca lo dicen... Yo me pongo a pensar... pues qué estoy loca para haber cuidado a tanta mujer sin saber, así siento... (Partera 4)

En el contexto citado, las parteras tradicionales expresan sentirse limitadas en su actuar por la autoridad biomédica. La relación entre el personal de salud y las parteras suele tener puntos de tensión, de lo cual dan cuenta algunos de los testimonios de parteras y personal clínico citados a continuación.

Cuando llevé a la mujer al hospital, salió la doctora para gritarme que ya la había inyectado [oxitocina]. Yo le dije que no, que sólo había yo dado su té, pero ella me dijo que yo era mentirosa, que si la criatura se moría sería culpa mía. (Partera 1)

A veces, aunque la familia de la mujer, su esposo, quieran que uno atienda, los médicos meten miedo. A mí me tocó atender a mujeres jovencitas en comunidad, desde hace mucho. Llevo treinta seis años de partera. ¿Qué paso?: llegó una embarazada de quince años, la familia, ella, quería que yo atendiera. Yo acepté, el día del parto, el jurídico vino a echar amenaza que si pasaba algo me iban a meter a la cárcel. Al final otra doctora me defendió, pero uno siente presión, miedo. (Partera 2)

La gente piensa que las parteras resuelven todo. Pero, yo te digo, es una visión romántica; muchas veces las manipulan por

ganar unos pesos, pero no saben el daño que causan, y luego nosotros cargamos la responsabilidad. (Médico)

En acuerdo con la imposición anatomopolítica, las parteras tradicionales que han recibido cursos o talleres de capacitación admiten un mayor estatus de la biomedicina para resolver problemas de salud, e incluso han adoptado términos biomédicos para explicar determinadas situaciones:

Como yo pienso, está bien que nos den curso, porque hay cosas que no lo sabemos. Como dice la licenciada, una situación de riesgo, una hemorragia... Sí tenemos el cuidado de ver lo que dicen (Partera 3).

Nosotras no somos doctores, qué más quisiéramos; pero si nos dejan, sacamos el trabajo, lo sacamos... Cumplimos con lo que nos dice, la presión, signo de alarma, luego el nacimiento vemos lo del tamiz. (Partera 4)

Otro elemento importante que da cuenta de la internalización del proceso medicalizador es comprobado a través de las solicitudes de las parteras para ser provistas de mobiliario y enseres biomédicos en espacios institucionales:

Todo lo que vez aquí, la cama para atender, las cosas, medicamento... todo, lo hemos solicitado nosotras, lo hemos luchado. Ellos [personal administrativo] no dan. En un principio no había nada, decían que lo atenderíamos así nomás, pero nosotros pedimos a la doctora una cama, que las sábanas, poco a poco, pero luego tarda en dar, a veces nos apoya, otras no. (Partera 5)

Debe considerarse que los efectos del proceso medicalizador descrito comenzaron a incidir en las parteras mucho antes incluso de ejercer su labor. La organización de campañas sanitarias en la región a partir de la década de los cincuenta ofrece indicios para observar la

existencia de una interacción previa con la biomedicina y, por tanto, el conocimiento de su posible eficacia para solucionar problemas de salud. Sin embargo, a medida que la relación de las parteras se ha hecho más cercana con la Ssa, estas han modificado algunas acciones ligadas al cuidado mismo de su salud y práctica:

Yo antes no iba al doctor a que me revisara, ya después nos dijeron que tenían que revisar los pechos y hacer lo del otro examen [Papanicolaou], para que no haya enfermedad. (Partera 3)

Aunque algunas parteras otorgan a su iniciación razones oníricas, y tienen conocimientos para sobar y hacer curación con hierbas, su práctica ha incorporado y normalizado elementos como la toma de presión sanguínea, los ultrasonidos, el uso de pruebas de laboratorio, desparasitantes, ácido fólico, preservativos y vitaminas, así como el empleo de medicamentos en caso de infecciones vaginales, formas de nacimiento adecuado e incluso la vigilancia de la autoridad médica “del que tiene escuela”.

La aceptación sutil de una verdad médica las lleva finalmente a considerar una forma de orden social donde su conocimiento ocupa un nivel subordinado frente al prestigio biomédico. Por esta razón, esperan ser reconocidas como agentes empíricos capacitados. Se trata del acto premeditado de convertirse en eso a lo que se aspira, mostrando así la interiorización del proceso dominante. Por otra parte, la modificación operada termina por diluir la función tradicional de la partera en el nacimiento, con actividades que le unían al campo del simbolismo religioso y que, para los pueblos de la región, se vinculaban directamente con la forma de nacer y habitar en el mundo

CONCLUSIONES

La revisión de las bases organizativas de los programas de atención al parto en Los Altos y su contexto inmediato me lleva a comprobar y señalar el despliegue medicalizador como un hecho que se

ha cumplido en diferentes momentos, con distintas orientaciones y con la participación de diversos actores. Uno de los objetivos estratégicos en el proceso han sido las parteras tradicionales, a quienes la perspectiva institucional ha cosificado convirtiéndolas en un elemento cultural de consumo, que puede ser dirigido y aprovechado a conveniencia para resolver riesgos y problemas de atención a bajo costo, debido a la falta de infraestructura y personal clínico. Tal situación ha conducido a adjudicarles la responsabilidad de los altos índices de morbilidad y muerte materna prevalecientes en el estado, evadiendo con ello el reconocimiento de problemas estructurales, y acrecentando el control y la discusión sobre la eficiencia de su labor en términos biomédicos. En tal sentido, es fundamental proponer alternativas institucionales que permitan mayor capacidad de acción y decisión a las parteras, así como otros derechos de orden laboral que les otorguen seguridad social.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Beltrán, G. (1994). *Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México*. UV-INI-Gobierno del Estado de Veracruz, FC
- _____. (1994). *Programas de salud en la situación intercultural*. FCE.
- Araya-Morales, M.J. (2008) *Los conocimientos de las parteras indígenas frente a las políticas de integración/apropiaciones neoliberales*. [Tesis de maestría en Antropología]. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Argüello, H., & Mateo, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, XII(2), julio-diciembre, 13-29. <https://bit.ly/3884q0r>
- Bravo, H. (1990). *Las parteras rurales en México: investigación operativa sobre los niveles de participación de las parteras rurales en programas de atención materno infantil y planificación familiar*. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica.
- Díaz, D. (Coord.), (2006). *Muerte materna y presupuesto público*. FUNDAR. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES).
- (2015). Medicina tradicional y desarrollo intercultural. <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Productos/MedicinaTradicional.html>
- El Kotni, M. (2016). “*Porque tienen mucho derecho*”: *Parteras, biomedical training and the vernacularization of human rights in Chiapas*. [Tesis de doctorado en Antropología]. Universidad del Estado de Nueva York en Albany.
- Freyermuth, G. (1993). *Médicos tradicionales y médicos alópatas: un encuentro difícil en Los Altos de Chiapas*. CIESAS, Gobierno del Estado de Chiapas.
- Freyermuth, G., & Manca, M.C. (2000). *Luna golpeada: morir durante la maternidad. Investigaciones, acciones y atención médica en Chiapas, y otras experiencias en torno a la mortalidad materna*. ACAS/CIESAS.
- Freyermuth, G., & Montes, M.J. (2000). Parteras tradicionales en el estado de Chiapas, usos y costumbres: apuntes sobre medicina tradicional en México. *Natura Medicatrix: Revista Médica para el Estudio y Difusión de las Medicinas Alternativas*, (57), 20-25.
- Foucault, M. (1977). El juego de Michel Foucault. <http://www.forofarp.org/images/pdf/Dialogo%20con%20otros%20discursos/MichelFoucault/ElJuegoDeMichelFoucault.pdf>
- _____. (1992). *El orden del discurso*. Tusquets Editores.
- _____. (1994). *Hermenéutica del sujeto*. Colección dirigida por Julia Varela

- y Fernando Álvarez-Uría. Ediciones de la Piqueta.
- _____. (1996). *La vida de los hombres infames*. Editorial Altamira.
- _____. (1998). *Historia de la sexualidad I*. La voluntad de saber. Siglo XXI.
- _____. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Traducción y edición Ángel Gabilondo. Paidós.
- _____. (2001a). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI Editores
- _____. (2001b). *Defender la sociedad*. Fondo de Cultura Económica.
- _____. (2005). *Vigilar y castigar*. Nacimiento de la prisión. Siglo XXI.
- _____. (2006). *Seguridad, territorio y población*. Fondo de Cultura Económica.
- Gallástegui, B. (1993). Capacitación e incorporación de parteras tradicionales al sistema de salud pública de México (El caso del IMSS en una subdelegación del Estado de México). En Asociación Mexicana de Población (AMEP), *Investigaciones sociodemográficas en algunas regiones de México* (pp. 119-134).
- Gómez, I. (2017). *Echar valor. Parteras tradicionales en el contexto biomédico del sector salud*. [Tesis de maestría en Antropología]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guiteras-Holmes, C. (1944). *Cancuc: etnografía de un pueblo tzeltal de Los Altos de Chiapas*. Gobierno del Estado de Chiapas, Instituto Chiapaneco de Cultura.
- _____. (1961). La magia en la crisis del embarazo y parto en los actuales grupos mayances de Chiapas. *Estudios de Cultura Maya*, 1, 159-166. <http://dx.doi.org/10.19130/iifl.ecm.1961.1.203>
- _____. (1986). *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*. FCE.
- _____. (2011). *Diario de Chanal, 1959* (Esponda Jimeno, V. trad.) Secretaría de Pueblos y Culturas Indígenas, Centro Estatal de Lenguas, Arte y Literatura Indígenas.
- Holland, W. (1963). *Medicina maya en Los Altos de Chiapas. Un estudio del cambio sociocultural*. INI.
- León, N. (1910). *La obstetricia en México. Notas bibliográficas, técnicas, históricas, documentarias y críticas de los orígenes históricos hasta el año de 1910*. Tipografía de la viuda de Francisco Díaz de León.
- Pozas-Arciniega, R. (1977). *Chamula: un pueblo indio en los Altos de Chiapas*. V. I. Instituto Nacional Indigenista.
- Sánchez, G., Velasco-Santos, J.C., Guati-Rojo, M., & Pérez-López, N. (2014) *Parteras en Chiapas... Un mar de conocimientos*. Colegio de la Frontera Sur.
- Solís, L. (1975). *Planes de desarrollo económico y social en México*. SEP.

Entrevistas

Doña Cándida, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (2016)

Partera 1, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (2016)

Partera 2, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (2016)

Partera 3, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (2016)

Partera 4, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (2016)

Partera 5, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (2016)

Médico, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (2016)

LA CAPACITACIÓN DE PARTERAS TRADICIONALES EN CHIAPAS: UN MECANISMO DE GOBERNANZA REPRODUCTIVA

MOUNIA EL-KOTNI

INTRODUCCIÓN

Para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y en específico el Objetivo 5.A, “reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y, 2015, la mortalidad materna,” la estrategia de la Secretaría de Salud se ha enfocado en capacitar a las parteras indígenas tradicionales, las cuales atienden la mayoría de los partos en las áreas rurales. Los cursos mensuales de capacitación se enfocan en la detección de señales de alarma en el embarazo, parto y puerperio, y el traslado a instituciones públicas de salud. Analizo estos procesos como mecanismos de gobernanza reproductiva, que contribuyen a controlar y desplazar los saberes de las parteras tradicionales indígenas.

Este capítulo se basa en un trabajo de investigación antropológica desarrollado entre 2013 y 2015 en el estado de Chiapas, México. Para documentar los cambios en las políticas de salud en torno a la partería tradicional, se entrevistaron a parteras tradicionales, parteras profesionales, trabajadores de salud, académicos/as y activistas de varias zonas del estado. Estos datos fueron complementados con observación-participante en domicilios de parteras indígenas, un hospital público y una asociación civil.

La capacitación de parteras está sustentada en una jerarquiza-

ción de los saberes médicos, que toma a los saberes biomédicos como referencia, sin valorar otros tipos de saberes. Tales políticas forman parte del aparato de “gobernanza reproductiva,” concepto desarrollado por Morgan y Roberts para describir los procesos de control de la reproducción de ciertos grupos de la población en América Latina. Las capacitaciones, organizadas por los trabajadores de salud del gobierno (y de ciertas ONG), circunscriben las posibilidades de decisión de las mujeres y parteras. Estas políticas también limitan la práctica de las parteras, quienes están autorizadas a atender a un grupo de población cada vez más restringido, y con prácticas cada día más controladas.

Analizar la capacitación de parteras tradicionales como una herramienta de gobernanza reproductiva, permitió destacar su impacto no solo en las prácticas de las parteras, principales proveedoras de cuidado reproductivo en zonas rurales, sino también en el derecho de las mujeres a decidir en lo relativo a su parto. En las parteras funcionaron como un mecanismo de control y desplazamiento de sus prácticas y saberes; en las embarazadas, como cancelación de una opción integral para atención de su embarazo, parto y puerperio.

“No atienden partos complicados nuestras parteras, y por eso ha disminuido la muerte materna”. Así describe los éxitos del programa de capacitaciones a parteras el doctor Andrés,¹ director de un centro de salud en el municipio de Oxchuc, Chiapas (entrevista, 1 de julio de 2015). Los cursos mensuales de capacitación para parteras abarcan varios temas, “pero siempre con un enfoque de riesgo”, explica el médico.

Las parteras son el primer contacto. Es importante. Siguen teniendo confianza con las parteras las mujeres. Mientras hay buen control, no hay problema, [la partera] sabe. El problema es si no identifica los síntomas de alarma, cuando lleva riesgos. (*Entrevista con el doctor Andrés, 1 de julio de 2015*).

¹ En acuerdo con las normas en antropología, se usan pseudónimos para todas las personas entrevistadas.

El estado de Chiapas tiene una de las tasas de mortalidad materna (número de muerte de mujeres por razones relacionadas a su embarazo, parto o durante los 42 días de postparto, por 100 000 nacidos vivos) más elevadas del país. En 2014, la tasa de mortalidad materna del estado era de 68,1 (22,7 al nivel nacional) (OMM, 2016). Aunque la mayoría de las muertes maternas ocurren en instituciones públicas de salud (OMM, 2016), las parteras tradicionales suelen ser acusadas por las muertes maternas del país; esta afirmación es la prevalente en Oaxaca (Mills, 2015) y, también, la he encontrado en Chiapas. El discurso alrededor de la muerte materna y las medidas de control del personal sanitario para alcanzar las metas en la lucha contra la muerte materna han generado políticas de responsabilidad y culpabilidad (Mills, 2015) hacia las parteras. Las y los trabajadores de salud, monitoreados por estos números, resisten tal vigilancia ajustando los números o trasladando la responsabilidad de las metas no alcanzadas a otras proveedoras, las parteras tradicionales (Freyermuth & Cárdenas, 2009; Mills, 2015). Estas asociaciones rápidas e inmediatistas entre parteras y muerte materna, basadas en experiencias personales, no toman en cuenta los factores socioeconómicos, tales como la distancia recorrida por las mujeres, sus condiciones de vida y de alimentación, etc. En Chiapas, 77% de la población vive en situación de pobreza (CONEVAL, 2017). Los Altos de Chiapas concentran las municipalidades más pobres del estado. En esa zona, 65% de los municipios, con mayoría de la población indígena, son clasificados con la tasa más alta de marginalización (CONAPO, 2010). Tales condiciones de vida impactan la salud de las mujeres mayas y sus familias, y son factores de riesgo en el embarazo, parto y puerperio.

El centro de salud del Dr. Andrés proporciona un sueldo de 500 pesos mensuales a las parteras, “para que lleguen, y ayudarlas con su pasaje”. En cuatro años, él siente que los cursos de capacitación han logrado disminuir la muerte materna: “Con los cursos de capacitación han aprendido las parteras”. En uno de los municipios más pobres del estado (más de 93% de los/las habitantes del municipio

de Oxchuc vive en condiciones de pobreza (SEDESOL & CONEVAL, 2010), el curso mensual se enfoca en la detección de señales de alarma en el embarazo, parto y puerperio, e incita a las parteras a derivar a sus pacientes al centro de salud al detectar un síntoma de alarma. El discurso del Dr. Andrés, quien se refiere a las parteras afiliadas a su centro de salud como “sus” parteras, se enfoca en la responsabilidad de las parteras para disminuir la muerte materna, con lo que da a entender que las muertes maternas están relacionadas, en cierta medida, con ellas.

En este capítulo, propongo un examen de la capacitación de parteras tradicionales en México como uno de los mecanismos de “gobernanza reproductiva”. Un concepto que abarca:

Los mecanismos por los cuales diferentes configuraciones históricas de actores —tales como instituciones estatales, iglesias, organismos donantes, y organizaciones no-gubernamentales (ONG)— usan controles legislativos, incentivos económicos, mandatos morales, coerción directa, e incitaciones éticas para producir, monitorear y controlar conductas y prácticas reproductivas. (Morgan & Roberts, 2012, p. 243)²

La capacitación de parteras tradicionales en México forma parte de una serie de prácticas destinadas a controlar y monitorear las decisiones reproductivas de las mujeres pobres. Analizo cómo el sistema de capacitación limita la agencia de las parteras tradicionales como proveedoras de salud y como mujeres indígenas. Así, contribuye a controlar y desplazar los saberes de las parteras tradicionales indígenas —mujeres mayores sin instrucción formal y que acompañan a otras mujeres en el embarazo, parto y puerperio gracias a su experiencia personal.

² “The mechanisms through which different historical configurations of actors —such as state institutions, churches, donor agencies, and non-governmental organisations (NGOs)— use legislative controls, economic inducements, moral injunctions, direct coercion, and ethical incitements to produce, monitor and control reproductive behaviours and practices.”

CAPACITACIÓN DE PARTERAS: UNA LARGA HISTORIA MEXICANA

Los cursos contemporáneos de capacitación a parteras se sitúan en la cruzada de políticas internacionales de desarrollo, programas gubernamentales nacionales y relaciones de poder local. La norma NOM-007-SSA2-2016 de la Secretaría de Salud diferencia entre las parteras técnicas (“persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico”) y las parteras tradicionales:

Persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica. (Secretaría de Salud, 2016, p. 16)

La norma también se refiere a la responsabilidad que tienen los centros de salud de capacitar a “las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio”. Además, especifica que los partos de bajo riesgo pueden ser atendidos por “enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas”.

Esa norma se inscribe en la tradición del Estado mexicano de captar a las personas que ejercen la medicina fuera del sistema de salud. Durante el siglo XIX, el nacimiento de la partería profesional estuvo estrechamente relacionado con la voluntad de acceder a las embarazadas que se atendían con parteras tradicionales. La muerte de esa misma profesión está concomitante con la instauración de la especialidad de ginecología y la estructuración de un nuevo mercado, el cual intensificó el control sobre las prácticas de las parteras, percibidas como competencia por la nueva profesión (Carrillo, 1999). A pesar de las restricciones sobre sus prácticas, las parteras tradicionales siguieron (en las zonas rurales) siendo las proveedoras principales

de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio.

A nivel internacional, el énfasis sobre la capacitación de parteras empezó en la primera mitad del siglo XX. Las parteras tradicionales fueron identificadas como actores clave en la prevención de enfermedades tropicales (Asociación Americana de Salud Pública, 1955). En la década de los setenta, las políticas internacionales de salud materno-infantil se enfocaron en la capacitación de las parteras tradicionales como medio de disminuir la muerte materna. En 1987, se inició la Iniciativa Maternidad Segura, que ha incitado a las parteras tradicionales a trasladar a las mujeres para que paran en los centros de salud (Berry, 2010).

El enfoque de riesgo, a pesar de haber sido criticado por ser poco eficaz³, sigue siendo central en las políticas de disminución de la muerte materna y forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de Naciones Unidas (2000-2015). Durante los quince años de existencia de los ODM, la estrategia de capacitar a parteras tradicionales para disminuir la muerte materna favoreció la promoción de una nueva generación de parteras técnicas (UNFPA, PAHO, & Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, 2014). Estas últimas, como parte de los “asistentes de partería cualificados” promovidos por la Organización Mundial de la Salud, son presentadas como actrices clave de la disminución de la muerte materna, tal como ilustra el discurso de Melinda Gates en la Conferencia Global de Salud Materna e Infantil en México (GMNHC) en 2015, al iniciar el periodo de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (2015-2030):

Una atención de calidad es una clave absoluta para salvar a madres y recién nacidos. Necesitamos seguir asegurándonos de que estamos satisfechos y que estos asistentes de partería cualificados están en puesto en todas las clínicas para mujeres. Que las clínicas mismas estén bien provistas y [el personal] bien capacitado, para que podamos hacer el parto aún más

³ Véase artículo de Alarcón Lavín en este volumen, “La atención prenatal de la partería tsotsil/tseltal ante los riesgos de muerte materna”.

seguro.⁴ (GMNHC, 2015)

La alocución de Gates refleja la nueva visión de las instancias internacionales, que ven la capacitación a parteras tradicionales únicamente como una etapa en la lucha contra la muerte materna. En esa visión, las parteras técnicas, graduadas de escuelas de partería, ilustran el futuro de la nación, mientras las parteras tradicionales son relacionadas con un pasado que no tiene espacio en el México moderno.⁵ Las parteras técnicas son integradas al sistema de salud como proveedoras de atención de calidad, cuando las demás trabajan fuera de ese sistema, y son tácitamente asociadas con las muertes maternas.

CAPACITACIÓN DE PARTERAS Y GOBERNANZA REPRODUCTIVA

La capacitación de parteras, implementada por ONG o el sector salud⁶ derivan de procesos históricos de control de las prácticas de las parteras indígenas. En acuerdo con recomendaciones internacionales, los cursos de capacitación impartidos por el sector salud empezaron en las décadas de 1920 y 1930, como parte del programa de prevención de enfermedades tropicales (Freyermuth et al., 1989). Bajo la Iniciativa Salud Materna, tales programas se desarrollaron en los años setenta, la “década de las parteras” (Parra, 1991). Con el objetivo de desarrollar el acceso a la salud en áreas rurales más de 15 000 parteras tradicionales fueron capacitadas entre 1974 y 1981 (Sesia, 1982, p. 7). Los cursos de capacitación siguieron durante las décadas siguientes, con un enfoque sobre la higiene del parto (Jor-

⁴ “Quality care at facilities is one of the absolute keys to saving mothers and newborns. So we need to continue to ensure that we are satisfied and that those Skilled Birth Attendants are staffed at all clinics for women. That the clinics themselves are well-supplied and well-trained, so that we can make childbirth even safer”.

⁵ Véase el trabajo de Sieglin en este volumen.

⁶ El perfil de las personas que capacitan a parteras es variable. He entrevistado a médicos generales, enfermeras y parteras técnicas que, a través de programas gubernamentales o de ONG, estaban involucrados/as en diseñar o impartir esos cursos.

dan, 1989). La frecuencia y el contenido siguen variando en cada estado de la República mexicana.

A finales del siglo XX y principios del XXI, la Iniciativa Maternidad Segura ha sido muy activa en Chiapas, y ha influido en el contenido de las capacitaciones. En 2008, la crisis financiera marcó un cambio en el financiamiento de las ONG, lo que impactó sus actividades como las de los centros de salud con los cuales colaboraban. Hoy, el tipo de capacitación y de material distribuido, así como su frecuencia son variables. Desde 2009, la necesidad de cursos de capacitación para “fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales para la atención del embarazo, parto y puerperio” se incluyó en la Ley General de Salud (Secretaría de Salud, 2016). A pesar de este enfoque nacional sobre la necesidad de capacitar a parteras tradicionales, a nivel global esas capacitaciones eran solo consideradas como medidas intermedias hasta que todas las mujeres pudieran ser atendidas por personal certificado (Kruske & Barclay, 2004). En México, las parteras tradicionales son muchas más que las parteras técnicas —hay por lo menos 15 000 (UNFPA, PAHO, & Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, 2014)⁷— y representan, en muchas ocasiones, las únicas proveedoras del servicio de salud reproductiva femenina en su comunidad. De acuerdo con Sánchez Ramírez, Moreno Guati-Rojo y Pérez-López (2015), las parteras en el estado de Chiapas siguen atendiendo 61% de los partos. Ese contexto es un factor explicativo de la persistencia de los programas de capacitación a parteras en el país (Argüello-Avenidaño & Mateo-González, 2014).

Durante décadas, las parteras tradicionales han sido críticas de los cursos de capacitación que subordinan sus saberes a los del personal de salud biomédico, y las señalan como responsables de las muertes maternas (Jordan, 1989; Torri, 2012). Las críticas de la literatura socio-antropológica se han concentrado en tres ejes: 1) el contenido de los cursos de capacitación, basados en el modelo obstétrico occi-

⁷ De acuerdo con la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH) y otras organizaciones que he entrevistado, este número está muy subestimado.

dental (Greenberg, 1982; Jordan, 1993); 2) el formato, que asume que las capacitadas deben tener experiencia escolar (Jordan, 1993; Parra, 1989), cuando apenas la mitad de mujeres entre 16 y 19 años siguen escolarizadas en México (INEGI, 2010); y 3) la negación y el control sobre los saberes y las prácticas de las mujeres indígenas (Cosminsky, 2012, 2016; Greenberg, 1982; Sánchez-Ramírez et al., 2015). Este último punto puede tener consecuencias dramáticas, al erradicar las prácticas terapéuticas tradicionales que ayudan a prevenir complicaciones, tales como el rezo para la buena salud de la madre y del niño/a, la sobada durante el embarazo o el uso del temascal (Área de Mujeres y Parteras, 1988; Groark, 1997; Page, 2010).

Los agentes del Sector Salud consideran los conocimientos de las parteras tradicionales de una probable e incierta utilidad; en la mayoría de los casos se ve como “largamente obsoleta e irrelevante en el resultado del parto” (Gálvez, 2011, p. 79). Así, la capacitación no incluye el intercambio de prácticas, sino la transmisión de saberes biomédicos por parte de los y las capacitadores/as hacia las parteras. Específicamente, en México y en Guatemala, los cursos de capacitación se han enfocado exclusivamente en la detección de las señales de alarma durante el embarazo, parto, y postparto, con una palabra-clave: el traslado (Cosminsky, 2016; Maupin, 2008; Torri, 2012). En el contexto de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, y la globalización de los discursos sobre los derechos sexuales y reproductivos, la capacitación de parteras indígenas se tiñe de diferentes objetivos. En Chiapas, ciertas organizaciones programan reuniones con las parteras tradicionales para alcanzar a las mujeres indígenas, transformándolas en agentes de planificación familiar (Pérez López & Velasco Santos, 2015).⁸ En el estado de Nuevo León, los programas de capacitación no solo tuvieron como resultado el desplazamiento de la partería tradicional, sino también su desaparición (Sieglin, 2004).

⁸ Durante mi investigación, también asistí a un curso de capacitación para parteras sobre la detección del labio y paladar hendido en niños, organizado por una ONG. Así, por el papel importante que desempeñan en su comunidad, las parteras son solicitadas por varias instituciones, quienes a veces les transmiten información contradictoria.

La gobernanza reproductiva está desarrollada “desde arriba”, en forma de leyes, políticas y programas gubernamentales, y se realiza también en las interacciones diarias entre las mujeres, el personal médico, los agentes del Estado y los discursos transmitidos por los medios de comunicación. El análisis de la capacitación de parteras con el enfoque en gobernanza reproductiva da a conocer las estrategias políticas que le dan cuerpo, las lógicas globales y los intereses locales que la atraviesan, y también los mecanismos de resistencia a esa política.

METODOLOGÍA

Este trabajo se construyó a partir de trece meses de investigación etnográfica (2013-2015), en los que documenté los impactos de las políticas de salud materna sobre las prácticas de las parteras tradicionales en Chiapas. Entrevisté a cien personas de varios sectores: parteras tradicionales y técnicas, madres y familias mayas, trabajadores/as del sector salud, empleados/as de ONG, personal médico, sobre las intersecciones entre las políticas de salud y las prácticas reproductivas en el estado.

También desarrollé una metodología de observación-participante en tres lugares: una organización de médicos y parteras indígenas, el área de medicina tradicional de un hospital público, y durante estancias con tres parteras tradicionales en diferentes comunidades del estado. Además, observé varios eventos relacionados con la partería, incluyendo tres cursos de capacitación a parteras tradicionales en un centro de salud, dos impartidos por ONG, cinco talleres de salud comunitaria con una organización de médicos indígenas, y dos capacitaciones para personal biomédico en emergencia obstétrica y neonatal.

El tema de la capacitación surgió como uno de los factores utilizados para reconfigurar las prácticas de las parteras tradicionales en Chiapas. El asunto era comentado de manera regular en mis diferentes lugares de investigación. Durante las observaciones de los va-

rios talleres adopté la metodología de la “descripción densa” (Geertz, 1991). Codifiqué mis notas a partir de los temas recurrentes —tales como los varios requisitos que las parteras necesitan cumplir para poder seguir atendiendo partos— con el programa de análisis cualitativo “Nvivo”. Regresé a los datos de manera continua para ajustar mi análisis e interpretación. En este trabajo presento los datos, usando el marco de la gobernanza reproductiva y de la estratificación de la reproducción, para entender las relaciones entre el personal médico, las parteras indígenas y la reproducción de las mujeres pobres.

CAPACITAR A PARTERAS PARA SALVAR A LAS FUTURAS MADRES

El Dr. Andrés, director de un centro de salud en la región de Oxchuc, Chiapas, se reúne con las parteras dos veces al mes: el primer encuentro es para un curso de capacitación y, durante el segundo, las parteras entregan su informe de actividades, con indicaciones del número de mujeres embarazadas bajo su control, de la cantidad de partos atendidos, etc. “En este centro de salud, de cada cien partos, sesenta son de alto riesgo” aseguró el médico. Me explicó que los riesgos estaban vinculados con la edad de la madre (adolescente) o cuando había tenido más de cuatro hijos. Las parteras debían señalarle tales casos, y las mujeres con esas características eran alentadas a no parir en casa.

De parte de nosotros, creo que lo estamos haciendo bien. Pero si la mujer no quiere [parir en la institución], no la podemos obligar. Es su derecho... No se pueden obligar por nada. Independientemente de los programas [gubernamentales], hay derechos y obligaciones, pero tienen límites. (Dr. Andrés, entrevista, 1 de julio de 2015)

Según el Dr. Andrés, el programa de capacitación de parteras, y el enfoque sobre la detección de señales de peligro han contribuido a disminuir la muerte materna en esta zona. Pero, al mismo tiempo, “la atención por parteras ha disminuido”, si bien en su jurisdicción,

a pesar del apoyo mensual y de años de promoción de programas para disminuir la muerte materna, existen parteras que no están registradas con el centro de salud. “No falta la partera que no quiere entrar en la institución”, agregó. Y según él, son ellas las que siguen atendiendo partos de riesgo.

El discurso del Dr. Andrés transluce las tensiones que vive el personal de salud en zonas rurales. Por un lado, reconoce que las mujeres tienen el derecho de parir en casa, pero —por el otro— insiste en la obligación de las parteras de llevar a las mujeres al centro de salud. Así, las parteras se encuentran en un dilema moral: por un lado, acompañar a las mujeres que deseen tener el parto en su comunidad, respetando sus deseos y, por el otro, cumplir con los requisitos del centro de salud, que les exige convencerlas para que se trasladen al hospital. La lógica paradójica se acentúa cuando se toman en cuenta las condiciones de vida de las mujeres. Aun si la partera identifica una complicación, no puede transferir a su paciente al centro de salud fuera de los horarios de atención, de 8 a.m. a 4 p.m., y de lunes a viernes. Además, ninguna de las clínicas de primer nivel (las instituciones más cercanas en las áreas rurales) están equipadas para llevar a cabo una cesárea o resolver una urgencia obstétrica (Freyermuth-Enciso et al., 2004). Entonces, en caso de emergencia, las mujeres son trasladadas de la cabecera municipal (clínica de primer nivel) a una de las dos ciudades más cercanas: en el caso de Oxchuc, a San Cristóbal de las Casas u Ocosingo, que quedan aproximadamente a una hora y media de distancia.

Por esas razones, los médicos incitan a las parteras a trasladar a sus pacientes a los centros de salud antes del desarrollo de complicaciones, pero la mayoría de las mujeres atendidas por las parteras son de escasos recursos y los gastos de transporte y estancia en las ciudades constituyen barreras importantes, incluso en caso de emergencia. Además, la relación hecha en el discurso oficial y popular entre el parto en casa y la muerte materna, como se ve ilustrado en el título de un artículo del *New York Times* sobre los programas de capacitación parteras en Chiapas, “Capacitación de parteras para salvar a las

futuras madres” (Grady, 2015), constituye otra barrera al traslado al hospital. Por ejemplo, un ginecólogo jefe de servicio en una institución de salud pública de San Cristóbal de las Casas, al preguntarle sobre la relación con parteras, contestó:

Aquí no trabaja ninguna partera. Solo médicos [...] Justo, estoy supervisando una tesis sobre las mujeres que nos llegan aquí con problemas, y la correlación entre muerte materna y el trabajo de las parteras. Porque ellas las manipulan y nos las traen muy mal. (Ginecólogo, notas personales, 7 de julio de 2015)

A pesar de esas tensiones, y de las críticas de las parteras respecto al trato que ellas y sus pacientes reciben en los hospitales públicos (Orozco, 2016), el enfoque principal de la capacitación sigue siendo el traslado de pacientes, como ilustra la siguiente sección.

LA MECANIZACIÓN DEL PAPEL DE LAS PARTERAS

Al inicio de cada consulta con una mujer embarazada, doña Gabriela, una partera tsotsil, empieza por preguntar: “¿Tienes dolores de cabeza? ¿Escuchas ruidos en tu oído? ¿Tienes ganas de vomitar? ¿Has tenido sangrado?” Después de quince años de cursos mensuales de capacitación en su centro de salud, las seis preguntas para detectar las señales de alarma en el embarazo (Figura 1) se han convertido en un automatismo para ella. Doña Gabriela sabe que, si la mujer contesta una de esas preguntas de manera afirmativa, significa que la debe acompañar al centro de salud y que, como partera, probablemente no va a poder atender ese parto.

Si la mujer tiene esas señales de alarma, entonces no vamos a ver ese parto. Es mejor que vaya con un doctor. Así, salimos limpias. Eso es lo que nos enseñaron... Cuando llegamos al hospital, les entregamos la mujer y ya. No nos dejan entrar. La entregamos en la sala de emergencia, así. Antes, nos dejaban pasar, pero ahora ya no. (Doña Gabriela, entrevista con Jaime de las Heras, 22 de junio de 2015)

Figura 1

SEÑALES DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO		
Hay sangrado vaginal	Sufres ataques o convulsiones	El bebé deja de moverse
Tienes calentura y escalofríos	Sientes dolor de cabeza, ves lucecitas o escuchas zumbidos	Notas hinchazón en cara y pies, mareos o desmayos
Acude de inmediato a tu unidad de salud		

Fuente: Secretaría de Salud, Estado de Chiapas, 2017

En uno de los centros de salud de la ciudad de San Cristóbal de las Casas, los cursos de capacitación son organizados cada mes. Las parteras no reciben ningún apoyo financiero para su participación en esas reuniones y su presencia es obligatoria si quieren seguir atendiendo partos. A veces, durante las reuniones, las parteras reciben material como gasas, guantes o vitamina K. En ese centro de salud no había presupuesto para las parteras, así que el material distribuido venía de los propios recursos del personal de salud (Ramírez-Pérez, 2016).

Los cursos de capacitación son impartidos por una enfermera, licenciada en enfermería y obstétrica (LEO), la licenciada Alicia. En contraste con el Dr. Andrés, la licenciada Alicia no se refiere a esos cursos de capacitación como tales, sino como “reuniones”. El objetivo de las reuniones es similar al de los cursos de capacitación descritos en Yucatán en los años ochenta: enseñar a las parteras su papel —y sobre todo los límites de este— en la atención del parto (Jordan, 1989). Lo mismo ha ocurrido más recientemente en el estado de Jalisco (Laureano-Eugenio et al., 2016) y en Guatemala (Cosminsky, 2016). En su relación con la licenciada Alicia y la institución, las parteras, todas mujeres adultas mayores que han atendido partos por décadas, se encontraban en posición de alumnas, como se describe en el párrafo siguiente.

Al principio de la reunión, la enfermera empezó pasando lista de asistencia, y preguntando a cada partera cuántas mujeres embarazadas tenía en control, cuántos partos había atendido y su resultado (normal, traslado, cesárea). La mayoría de las mujeres presentes en la reunión eran tseltales o tsotsiles. De veinte mujeres asistentes, dos por lo menos no hablaban castellano, idioma en el cual se desarrolló la reunión. Cada partera, al escuchar su nombre, además de dar información sobre el cuidado otorgado a las embarazadas, compartía los datos de su propio cuaderno con la enfermera. “Tenemos que escribirlo todo, o la doctora [la licenciada Alicia] nos va a regañar”, me había explicado doña Gabriela, quien habla castellano, pero no sabe leer ni escribir. Durante la reunión, la enfermera recordó a las parteras seguir registrando los datos en sus cuadernos y aconsejó a las que no sabían escribir pedir a una persona de su familia o de la parturienta que anotara los datos. Este requerimiento se puede volver difícil por varias razones ya que, para cumplir con él, las parteras dependen de la buena voluntad de otras personas. Doña Gabriela, por ejemplo, le pedía a su hija asentar los datos, pero esta no siempre tenía tiempo.

La recolección de informes sobre los partos atendidos por parteras sirve para engrosar las estadísticas de las instituciones de salud, y obtener información sobre una parte de la población que se ha atendido afuera de la institución, y sobre las mujeres que las atienden. En una de las reuniones a las cuales asistí, la enfermera había recibido formularios, por parte de la Secretaría de Salud, que tenía que cumplimentar, de manera detallada, con datos personales (edad, dirección, etc.) de cada partera para, posteriormente, entregar a su institución. Esta actividad, hecha en presencia de todas, ocupó las dos horas de la reunión. Al terminar el horario asignado para la reunión, la enfermera no había logrado terminar de recabar los datos de todas las mujeres y, algunas, tuvieron que permanecer en el lugar otra hora para llenar el formulario con la enfermera.

Durante otra reunión, la licenciada Alicia pidió a las parteras que definieran las “señales de alarma”. Una mujer contestó: “Cuando la

mujer tiene dolor de cabeza”. “No, respondió la enfermera, eso no es la definición de una señal, eso es una señal. Entonces, ¿qué es una señal de alarma?” Las mujeres se quedaron muy confusas. Varias de ellas intentaron enumerar las señales (sangrado, zumbido del oído...), pero la enfermera siempre respondía: “No. Eso es un ejemplo de una señal, yo les pregunto: ¿*qué* es una señal?” Por fin, una de las parteras más jóvenes, que también había sido capacitada como enfermera, contestó: “Una señal nos dice que la mujer está en peligro”.

El alivio se diseminó en la audiencia, mientras la licenciada Alicia aprobaba la respuesta, repitiéndola y explicando la diferencia entre la definición de una señal y una señal. Solo después, preguntó a las mujeres por ejemplos de señales de alarma y les recordó que no debían atender partos de riesgo, sin explicar de manera detallada las correspondencias entre señales de alarma y tipos de complicaciones. La enfermera insistió: “Las mujeres que presentan un embarazo de riesgo deben ser trasladadas al hospital”. Tales factores de riesgos incluyen parto gemelar y atravesado. Agregó:

Yo sé que algunas de ustedes sí atienden a esas mujeres. Sé que tienen mucha experiencia y que todos esos partos salieron bien. Pero tengo que avisarlas: si algo pasa, ustedes son responsables. Solo las que tienen mucha, mucha experiencia pueden atender esos partos. (Notas personales, 20 de mayo de 2015)

La detección de señales de peligro en el embarazo y el parto es uno de los ejes principales de la estrategia para disminuir muertes maternas en México. Es el tema central de los cursos de capacitación por parte de las instituciones de salud y de las ONG. En una asociación local, las reuniones de parteras empiezan con una canción dedicada al tema (Alba Ramírez Pérez, comunicación personal), mientras en las varias instituciones de salud se puede ver una imagen con pictogramas que describen las señales de alarma.

La descripción de una sesión de capacitación a parteras indica cómo los saberes de las parteras son sometidos a los conocimien-

tos biomédicos. En México, igual que en Guatemala, se espera que las parteras indígenas “reconozcan y transfieran, pero jamás curen” (Chary & Rohloff, 2015, p. 7). La licenciada Alicia y las parteras tienen una relación construida sobre años de encuentros mensuales. La enfermera se encuentra entre dos papeles: por un lado, su respeto por el conocimiento de las parteras, y su conocimiento de las dificultades sociales y económicas a las cuales se enfrentan; por el otro, su adiestramiento biomédico y las instrucciones de su institución en relación con ciertas prácticas. Así, cuando insiste a las parteras que trasladen a sus pacientes, lo enmarca en la protección de las parteras mismas, para evitar que se encuentren en posiciones ilegales. A pesar de las relaciones individuales construidas entre la enfermera y ciertas parteras, la relación jerárquica entre la capacitadora y las capacitadas deja a las parteras sin opción de incumplir (por lo menos en público) con sus demandas.

Así, cada mes, el escenario de los cursos de capacitación se repite, y a las mujeres proveedoras de salud se les retira su autoridad. El cuaderno, impuesto a mujeres que no saben leer ni escribir, sirve como instrumento de verificación e ilustra la inadecuada adaptación de las herramientas de la institución a las realidades de las mujeres pobres. El cuaderno o informe de actividades de las parteras es una de las herramientas clásicas de gobernanza, que se encuentra de manera casi similar en Guatemala, donde las parteras deben presentar su carnet en cada capacitación (Chary & Rohloff, 2015; Cosminsky, 2016). Por fin, la falta de valoración de las horas pasadas cada mes por estas mujeres se ilustra en la falta de un verdadero apoyo económico o material, componente indispensable para la construcción de la autonomía y de la autoestima.⁹

LA BUROCRATIZACIÓN DE LA PARTERÍA

A las parteras “capacitadas”, es decir, a las que asisten de manera

⁹ La tesis de Irazú Gómez describe la violencia en la relación entre las parteras tradicionales y el personal de salud en Chiapas (Gómez García, 2017).

regular a las reuniones en los centros de salud, se les entrega una credencial con su fotografía, su nombre y un sello de la Secretaría de Salud que las acredita como “parteras tradicionales”. La credencial distribuida a las parteras reconocidas por la institución es un instrumento que les permite adquirir derechos y un reconocimiento limitado. Les autoriza a entregar constancias de alumbramiento, pero no que entren en salas de parto. Ese mecanismo de control no es un fenómeno reciente; en el estado de Michoacán, en 1833, se exigía que las parteras se presentaran a examen para poder practicar (Carrillo, 1999).

Instrumento burocrático de la capacitación, las credenciales tienen una función central en el control de las actividades de las parteras (El-Kotni & Ramírez-Pérez, 2017). Poseer tal documento otorga a esas mujeres una forma de poder, crea una jerarquía entre las parteras reconocidas por el Estado y las demás, cuya carencia de este documento les empuja hacia los márgenes de la legalidad. Las credenciales en México, como el carnet en Guatemala, comparten un mensaje fuerte sobre la necesidad de controlar a las prácticas de esas mujeres, en su mayoría mujeres indígenas con poca escolarización y que viven en condiciones de pobreza. Al concluir otra reunión mensual con las parteras, la licenciada Alicia les recordó:

Les pido que conozcan las señales de alarma, para poder darles sus credenciales. Si no me contestan, no se las voy a dar. Nos están poniendo mucha presión a nosotros como centros de salud sobre la muerte materna. Porque quien va a firmar sus credenciales es la doctora y no quiero que nos metamos en ningún problema. Es por eso que necesito que conozcan a las señales de alarma. (Notas personales, 17 de junio de 2015)

En su discurso, la enfermera hace una asociación muy clara entre las credenciales, la muerte materna y la responsabilidad de cada partera, no solo por la vida de sus pacientes, sino también por la reputación del centro de salud.

Sin credencial las parteras no pueden otorgar la constancia de

alumbramiento a las familias y, sin ese documento, las familias se encuentran en una situación difícil cuando solicitan un acta de nacimiento en el Registro Civil. La constancia de alumbramiento firmada por la partera es necesaria para solicitar el acta de nacimiento del niño o la niña, junto con los documentos y requisitos siguientes: acta de nacimiento del padre y de la madre, identificaciones oficiales de ambos, comprobante de domicilio y dos testigos con identificación oficial (Melel Xojobal, 2013). Las mujeres que dan a luz con parteras que no poseen tal documento encuentran dificultades para registrar a su hijo/a. Las mujeres que entrevisté me comentaron varias estrategias utilizadas por ellas: una que tuvo que convencer al empleado del Registro Civil que había dado a luz antes de poder llegar al hospital, y que su abuela había atendido el parto; otra logró convencer a una partera capacitada para que afirmara que ella había atendido el parto. Tales situaciones ilustran la mala adaptación del sistema burocrático a la realidad de las trayectorias reproductivas de las mujeres de Chiapas, que por varias razones (personales, económicas, estructurales) dan a luz en casa con parteras “no capacitadas”.

Existen varias razones por las cuales las parteras no quieren asistir a las capacitaciones: se imparten en castellano (testimonio de una partera del municipio de Oxchuc, monolingüe tseltal); porque después de asistir a las reuniones en varias ocasiones sienten que no aprenden nada nuevo (partera del municipio de Las Margaritas); porque rechazan el desprecio de sus prácticas y prefieren capacitarse con otras parteras tradicionales (partera del municipio de Simojovel). Tal era el caso de dos parteras originarias del municipio tsotsil de Larráinzar, miembros de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), una Asociación Civil fundada en 1985 y cuyo trabajo se enfoca en el rescate y la valoración de la medicina indígena. La organización está conformada por varias áreas, entre ellas el Área de Mujeres y Parteras cuyo objetivo es:

Ayudar a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y niños del estado de Chiapas y, por supuesto, la disminución de

las enfermedades y las muertes maternas e infantiles. Para lograr estos objetivos una de sus tareas principales es: socializar, rescatar, sistematizar y desarrollar los conocimientos y experiencias que poseen las mujeres y parteras indígenas tradicionales experimentadas. (Área de Mujeres y Parteras, 2008, p. 1)

Esas dos parteras habían participado en varias actividades organizadas por la OMIECH, incluso en talleres para reforzar los conocimientos de las parteras tradicionales. En una de estas reuniones de la organización, describieron cómo se les niega a las mujeres el registro de sus hijos si no llegan con una partera reconocida por el Estado.

A veces se les niega, otras veces se les da una multa de cien pesos por ir sin partera. Entonces las mujeres dejan de llegar con nosotras. Los doctores en los centros de salud nos invitan a sus reuniones [capacitaciones] pero no queremos ir. Estamos reconocidas por nuestra comunidad, pero no por el Registro Civil. (23 de octubre de 2014)

Desde su creación la OMIECH ha otorgado constancias con el sello de la organización a aquellas socias y socios que lo necesitan; sin embargo, a partir del año 2014, aproximadamente, las parteras de ciertos municipios empezaron a tener dificultades para registrar a los recién nacidos en sus propias comunidades, sobre todo en las cabeceras municipales, debido a que no contaban con credenciales de las instituciones de salud. Por tanto, mujeres mayores, que durante gran parte de su vida habían ejercido el oficio de parteras en sus pueblos, se encontraron sin la posibilidad de entregar constancias de nacimiento. La comunidad seguía reconociéndolas como parteras pero, en el momento de registrar a los recién nacidos en el Registro Civil, se les negaba este derecho a los padres debido a que la partera no contaba con credencial. Ese era el caso de las dos parteras de Larráinzar. La OMIECH les habían entregado un certificado de afiliación a la organización varios años antes, pero a partir de 2014, los empleados del Registro Civil les exigieron uno nuevo. La aso-

ciación entregó a las parteras un nuevo certificado de afiliación con sello de la organización, pero regresaron un mes después explicando que el agente del Registro Civil se había negado a reconocer los certificados de la OMIECH. El empleado exigía una “credencial” con foto de la partera, porque para que en esta instancia las reconocieran era necesario que las credenciales tuvieran los mismos elementos que las de la Secretaría de Salud. En total, para cumplir con la demanda del empleado del Registro Civil las parteras necesitaron viajar a San Cristóbal por lo menos tres veces, lo que generó en ellas y también en los padres y madres de familia gastos y ansiedad.

El cambio en la política administrativa, en la que primero se aceptaban constancias y ahora se requieren credenciales, refleja cómo las instancias públicas necesitan identificar a las parteras de forma única. Lo que importa, por el momento, no es que la institución que entrega el documento sea la OMIECH o la Secretaría de Salud, más bien es la “forma” en la cual este se entrega. En este sentido, las parteras que no se ajustan al molde son excluidas a pesar de las consecuencias que ello pueda tener sobre sus posibilidades de acompañar a las mujeres, lo que afecta la salud de sus comunidades.

LIMITACIÓN DE LAS OPCIONES DE LAS MUJERES POBRES: LA ESTRATIFICACIÓN DE LA REPRODUCCIÓN

En los últimos 25 años, el número de mujeres que dan a luz en instituciones de salud en Chiapas ha aumentado de 22.4% a 72.9% (OMM, 2016). La burocratización del nacimiento impacta las prácticas de las parteras tradicionales y la posibilidad para las mujeres a las que acompañan —en su mayoría indígenas y pobres— de decidir dónde y con quién quieren dar a luz. Esto contribuye así a la reproducción estratificada, un concepto desarrollado por Shellee Colen en su trabajo con mujeres del Caribe cuidadoras en Nueva York (Colen, 1995). La estratificación de la reproducción implica que no todas las mujeres tienen las mismas posibilidades de decidir sobre su reproducción, o sea, cuántos hijos quieren, cómo y dónde quieren parir, y

el tipo de cuidado que les pueden proveer, tal como es descrito por una de las fundadoras de la OMIECH:

Las parteras que no reciben capacitación no están tan valoradas [...] Entonces dice la partera [a su paciente]:

- Bueno, está bien que sí que quieres que yo te atienda, pero yo no puedo porque no voy en capacitación ¿Por qué no te vas con doña Manuela? Es mejor [...]

- Pero la mujer embarazada no quiere:

- No, fíjate doña Mari que yo te vine a ver porque me siento en confianza, me siento así que tú atiendes así, con todo tu corazón.

Así. Pero la partera ya no puede, le contesta que mejor vaya con una partera certificada:

- Mejor vete allí, con doña Manuela, porque si no nace bien tu bebé, las enfermeras y los doctores me van a echar la culpa.

No tengo papel; en cambio esa doña Manuela tiene papel. Así dicen. (Entrevista, Área de Mujeres de la OMIECH, 24 de enero de 2014)

En otros casos, las parteras han comentado que son las familias mismas quienes les piden credenciales para no tener problemas en el Registro Civil, lo que ejemplifica cómo las familias han internalizado los requisitos del Estado, lo que incluso las ha llevado a reajustar sus relaciones con gente de su propia comunidad. Las políticas influyen también en el posicionamiento de las parteras tradicionales, quienes mudan de proveedoras de salud independientes en su práctica (y evaluadas por su comunidad sobre criterios como la confianza) hacia auxiliares de salud integradas a las periferias del sistema, sin la posibilidad de avanzar en la jerarquía médica (aunque asistan a todos los cursos de capacitación ofrecidos) o de liberarse del sistema.

La capacitación y el sistema de otorgamiento de las credenciales están modificando las razones por las cuales las mujeres y sus familias eligen a ciertas parteras. Como en el caso de las parteras de Larráinzar, en donde las familias ya no buscan únicamente parteras sobre la base de criterios como su reputación como partera o su pertenencia a la red familiar; buscan también que posean documentos oficiales que

las avalen como tales. Al controlar qué parteras pueden atender partos, esas regulaciones limitan también, por medio de las credenciales, el derecho de ciertos niños/as a una ciudadanía. Los que nacieron en manos de parteras indígenas, en su mayoría en áreas rurales con poca o ninguna infraestructura de salud, tienen más dificultades para adquirir derechos ciudadanos. Para el personal de salud, la capacitación garantiza la salud de las mujeres. En el contexto de un estado fronterizo, también protegen a quienes pueden formar parte de la nación, evitando la falsificación de constancias de nacimiento.

CAMINOS DE RESISTENCIAS

El don de la partera es dado por Dios... Ya que no es algo fácil atender un parto, no cualquier persona lo puede atender, porque el objetivo principal es la vida del niño y de la mujer. Las parteras trabajan de día y de noche, a cualquier hora del día; el trabajo de las parteras constantemente se está dando, y es hora que se pueda difundir su trabajo para beneficio de la mujer y su familia. Hoy en día se ve que muchas mujeres de diferentes edades van al hospital y sufren, por estar sometidas a cirugías por complicaciones en algunos casos. (Encuentro de Parteras de la OMIECH, 2014)

Desde el siglo pasado, las parteras tradicionales indígenas han sido sometidas a presiones constantes en el ejercicio de su labor: restricción del número de actividades que pueden realizar, obligación de registrarse y control de sus pacientes por médicos. A pesar de esto, en áreas rurales de estados como Chiapas, Guerrero y Oaxaca, siguen atendiendo más partos que en el resto del país. En opinión de Paola Sesia (2015), las parteras tradicionales atienden en estos estados entre el 25 y el 75% de los nacimientos, contra el 4% en el resto de las regiones indígenas de México (p.113). Por ser del mismo origen social, cultural y étnico que las mujeres que acompañan, tienen un conocimiento íntimo de las dificultades económicas sociales y culturales a las cuales se enfrentan las mujeres embarazadas indígenas (Laureano-Eugenio et al., 2016).

Por su parte, las mujeres dan varias razones para preferir atenderse con una partera, entre otras, el costo, la costumbre o la confianza. Incluso cuando existían servicios de salud cercanos (centros de salud, clínicas u hospitales), ciertas mujeres que entrevisté preferían ser atendidas en casa con partera tradicional, lo que corrobora otro estudio realizado en el municipio de Larráinzar (Ibáñez-Cuevas et al., 2015). Para las mujeres tseltales y tsotsiles, el cambio de un parto en casa, con sus familiares y con poca intervención tecnológica, a un parto en instituciones de salud no solo representa un cambio de lugar físico, sino también de espacio, de ambiente social y de idioma. Las mujeres y las parteras describen el hospital como un lugar foráneo y peligroso (Berry, 2006; El-Kotni, 2016a). Los casos de maltrato de las mujeres en el hospital, o violencia obstétrica, divulgados en la prensa y por asociaciones en los años recientes (GIRE, 2015) también contribuyen a que las mujeres y sus familias se nieguen a atenderse en hospitales, incluso cuando la partera detecta señales de alarma.

Esta insistencia en que las parteras trasladen sus pacientes a los hospitales es paradójica, pues cuando lo hacen, por ejemplo, al detectar una “señal de alarma”, se les sigue culpando de la situación. En la práctica, las mujeres y las parteras son censuradas por haber intentado dar a luz o atender un parto fuera de los servicios de salud. Por ejemplo, cuando doña Gabriela trasladó a una mujer en trabajo de parto, que le pedía ir al hospital por cansancio, al evaluar la paciente, el personal de la institución la regañó: “¿Y por qué no las trajiste antes si ya tiene siete [centímetros] de dilatación?” En otros casos, las parteras entrevistadas describieron haber sido regañadas por haber llevado a las mujeres “muy tarde” o “muy temprano”, así como la imposibilidad de seguir acompañando a sus pacientes adentro de la sala de parto.

El derecho a practicar la partería tradicional está incluido en la Constitución Política mexicana (Artículo 4) bajo los derechos culturales indígenas, y las modificaciones de 1992, reconocen sus usos y costumbres. Pero en la práctica, los factores estructurales como las relaciones históricas de discriminación y la falta de recursos impiden

el respeto a las prácticas de estas mujeres. En Chiapas, ciertas parteras han criticado el control de sus prácticas y la deslegitimación de sus saberes. “Si no llegan a capacitación, entonces no tienen tanto derecho a ser parteras”, analizó la responsable del Área de Mujeres y Parteras de la OMIECH. Las parteras se encuentran en situaciones ambiguas, en las cuales no pueden acceder a las demandas de las familias de sus comunidades —y a veces de sus propios familiares— por miedo de ser culpadas en caso de emergencia. Así, circulan historias de parteras encarceladas por haber atendido partos en los cuales falleció la madre o el niño/a. Varias de las parteras entrevistadas mencionaron a esa situación como una posibilidad, aunque no conocían a ninguna partera encarcelada por ese motivo.

En varios estados, las parteras piden ser escuchadas y tener un reconocimiento de sus prácticas (Laureano-Eugenio et al., 2016). En Chiapas, algunas parteras se han organizado para construir un discurso alternativo sobre sus saberes y la salud materna: la culpabilización de las parteras y las barreras a su práctica han sido documentadas y denunciadas por la OMIECH durante más de treinta años. La asociación organiza talleres de educación popular sobre varios temas relacionados con la salud materna e infantil en las trece comunidades socias. El objetivo de esos talleres es revitalizar la práctica de la partería indígena, con reforzamiento de los conocimientos de las parteras. De este modo, las parteras comparten sus conocimientos de plantas medicinales, masajes y otras herramientas terapéuticas que usan para acompañar a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

Esa experiencia ilustra otro aspecto de la gobernanza reproductiva, un aspecto positivo que implica una auto-gobernanza de las mismas parteras sobre sus prácticas, con la diversidad conformada por sus formas de atender, religiones y experiencias. Los talleres no solo benefician a las participantes, sino también a la salud de la comunidad, al reforzar las relaciones entre las personas y valorar el conocimiento de cada una de ellas.

CONCLUSIÓN: UNA PRÁCTICA VITAL

En México, la capacitación de parteras tradicionales sigue funcionando como herramienta de control de las elecciones reproductivas de las mujeres pobres y de las prácticas médicas de las poblaciones indígenas. Durante los talleres mensuales, el énfasis puesto en las señales de alarma y la deslegitimación de otras formas de saberes, que no sean los biomédicos desafía los conocimientos de las parteras y las posibilidades de las mujeres de elegir su lugar de parto. Los cursos de capacitación, presentados como condición *sine qua non* para otorgar la constancia de alumbramiento, un documento clave en el reconocimiento de pertenencia a la nación, contribuyen a la burocratización del nacimiento y al control de prácticas tradicionales. Las parteras que no pueden o no quieren asistir a la capacitación son cada día más marginalizadas y se enfrentan a dificultades administrativas, presiones de sus pacientes y, a veces, tensiones con otras parteras. En las áreas rurales, las parteras acompañan a mujeres del mismo ámbito socioeconómico que ellas. Debido a ello, los cursos de capacitación constituyen también un medio para las autoridades de salud de recolectar información sobre los hábitos reproductivos de esas mujeres.

Frente a esos mecanismos de control, las parteras llevan a cabo estrategias de resistencia como: no asistir a los cursos de capacitación; asistir, pero no cooperar en lo relativo a ciertas demandas; y organizarse para producir un contra-saber en talleres comunitarios. Esos talleres constituyen un instrumento poderoso para discutir la autoridad del Estado sobre las decisiones reproductivas de las mujeres y las prácticas de las parteras indígenas.

Como en Jalisco, la partería tradicional en Chiapas es “una práctica vital” (Laureano-Eugenio et al., 2016). Es vital por su *vitalidad* en muchas comunidades, en las cuales las parteras siguen atendiendo la mayoría de los partos. Es vital también por su importancia capital en la transmisión de los saberes de las comunidades mayas, como lo

expresó una partera de OMIECH durante un encuentro de parteras de la organización:

Para no perder los conocimientos de partera y seguir difundiendo esta labor, se tiene seguir practicando; es por esta razón que Dios nos dio ese don porque algunas lo sueñan y aceptaron esa labor. Y por ninguna razón se perderán esos conocimientos porque se irá aprendiendo de generación en generación, y se seguirá practicando y difundiendo [...] Hay que echarle ganas. Las que sabemos hay que promover a las demás y dar capacitaciones a los que no saben, para dar a conocer nuestros conocimientos. (OMIECH, 2014)

BIBLIOGRAFÍA

- Área de Mujeres y Parteras. (1988). La partera. Jnet'um. En *Boletín 1. OMIECH*.
- Argüello-Avendaño, H. E., & Mateo-González, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, XII(2), 13-9. <https://bit.ly/3fWxR8g>
- Asociación Americana de Salud Pública. (1955). *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre* (p. 243). <https://bit.ly/3eDrIOL>
- Berry, N. S. (2010). *Unsafe motherhood: Mayan maternal mortality and subjectivity in post-war Guatemala* (edición reimpressa). Berghahn Books.
- Carrillo, A. M. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus*, 19, 167-190.
- Chary, A., & Rohloff, P. (Eds.). (2015). *Privatization and the new medical pluralism: Shifting healthcare landscapes in Maya Guatemala*. Lexington Books.
- Colen, S. (1995). "Like a mother to them": Stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York. En F.D. Ginsburg & R. Rapp (Eds.), *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction* (pp. 78-102). University of California Press.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2017). *Porcentaje, número de personas y carencias promedio por indicador de pobreza. Chiapas, 2010-2016*. <https://bit.ly/3i2UCJD>
- Consejo Nacional de Población. (2010). *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010*. (p. 117). CONAPO.
- Cosminsky, S. (2012). Birth and blame. Guatemalan midwives and reproductive risk. En L. Fordyce, y A. Maraesa (Eds.), *Risk, reproduction and narratives of experience* (pp. 81-101). Vanderbilt University Press.
- _____. (2016). *Midwives and mothers: The medicalization of childbirth on a Guatemalan plantation*. University of Texas Press.
- El-Kotni, M., & Ramírez-Pérez, A.R. (2017). Actas que reconocen, actas que vigilan. Las constancias de alumbramiento y el control de la partería en Chiapas. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 15(2), 96-109. <http://dx.doi.org/10.2536/liminar.v15i2.533>.
- Freyermuth-Enciso, G., & Cárdenas-Elizalde, R. (2009). Evaluación del subregistro de la mortalidad materna en los Altos de Chiapas me-

- diante las estrategias RAMOS y RAMOS modificada. *Salud Pública Mexicana*, 51(6), 450-457. <https://bit.ly/2CKIUDr>
- Freyermuth-Enciso, G., Cárdenas-Elizalde, R., & Meneses-Navarro, S. (2004). *Maternidad peligrosa: evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en los Altos de Chiapas*. SEDESOL, INDESOL, CIESAS, Foro Nacional Mujeres y Políticas de Población.
- Freyermuth, G., Cadena, B., & Icó, M. (1989). Atención del parto y del recién nacido en parteras indígenas de la región de los Altos de Chiapas. En *Nuestra Salud: Vol. 1. Cuadernos Mujeres en Solidaridad* (pp. 181-199). Chiapas.
- Gálvez, A. (2011). *Patient citizens, immigrant mothers: Mexican women, public prenatal care, and the birth weight paradox* (1a edición). Rutgers University Press.
- Geertz, C. (1991). Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En *La interpretación de las culturas*. GEDISA.
- Global Maternal Newborn Health Conference (GMNHC). (2015, octubre 19). *Global Maternal Newborn Health Conference*. <https://bit.ly/3dznFB1>
- Gómez García, I. (2017). *Echar valor. Parteras tradicionales en el contexto biomédico del sector salud* [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
- Grady, D. (2015, agosto 31). Training midwives to save expectant mothers in Chiapas. *The New York Times*. <https://nyti.ms/3eBDcSt>
- Greenberg, L. (1982). Midwife training programs in highland Guatemala. *Social Science & Medicine*, 16(18), 1599-1609. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90290-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90290-8)
- Groark, K. (1997). To warm the blood, to warm the flesh: The role of the steambath in Highland Maya (Tzeltal-Tzotzil) ethnomedicine. *Journal of Latin American Lore*, 20(1), 3-96. <https://bit.ly/3i7iVGk>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2015). *Niñas y mujeres sin justicia: violencia obstétrica*. <https://bit.ly/3eBASKZ>
- Ibáñez-Cuevas, M., Heredia-Pi, I. B., Meneses-Navarro, S., Pelcastre-Villafuerte, B., & González-Block, M. A. (2015). Labor and delivery service use: Indigenous women's preference and the health sector response in the Chiapas Highlands of Mexico. *International Journal for Equity in Health*, 14, 156. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0289-1>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010). *Perfil sociodemográfico. Estados Unidos Mexicanos* (p. 168).

- Jordan, B. (1989). Cosmopolitan obstetrics: Some insights from the training of traditional midwives. *Social Science & Medicine*, 28(9), 925-944. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90317-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90317-1)
- _____. (1993). *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States* (4a edición). Waveland.
- Kruske, S., & Barclay, L. (2004). Effect of shifting policies on traditional birth attendant training. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(4), 306-311. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.01.005>
- Laureano-Eugenio, J., Villaseñor-Farías, M., Mejía-Mendoza, M. L., & Ramírez-Cordero, H. (2016). Ejercicio tradicional de la partería frente a su profesionalización: estudio de caso en Jalisco, México. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 275-284.
- Maupin, J. (2008). Remaking the Guatemalan midwife: Health care reform and midwifery training programs in Highland Guatemala. *Medical Anthropology*, 27(4), 353-382. <https://doi.org/10.1080/01459740802427679>
- Melel Xojobal (2013, septiembre). *El derecho a un nombre*. Folleto.
- Mills, L. N. (2015). Accounting for blame: The paradoxical consequences of measuring maternal death in Mexico. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 22(3), 411-431. <https://doi.org/10.1093/sp/jxv019>
- Morgan, L., & Roberts, E.F.S. (2012). Reproductive Governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2), 241-254. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>
- Observatorio de Mortalidad Materna en México. (2016). *Indicadores 2014. Mortalidad materna en México* (p. 122). <https://bit.ly/2NwHZbZ>
- Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH). (2014). *Memoria del encuentro de mujeres y parteras, febrero 2014*. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
- Orozco, A. (2016, agosto 10). Mujeres indígenas, sin derecho a elegir. *El Sie7e de Chiapas*. <https://bit.ly/3extiRH>
- Page Pliego, J.T. (2010). *Yombil. "Puesta su Flor en el Altar". Una mirada a la etnomedicina en Oxchuc, Chiapas, a partir de los J-Poxtauwanejetik Organizados*. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas: Programa de Investigaciones Multidisciplinarias Sobre Mesoamérica y el Sureste; Instituto de Investigaciones Antropológicas; Universidad Nacional Autónoma de México.
- Parra, P.A. (1989). *The role of midwives in rural Mexico: An analysis of chan-*

- ging health policies* [Disertación]. University of Wisconsin-Madison.
- _____. (1991). La mujer rural, las comadronas y el sistema mexicano de salud. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 6(1), 69-88. <http://dx.doi.org/10.24201/edu.v6i1.803>
- Pérez López, N.V., & Velasco Santos, J.C. (2015). Las parteras y la atención de la salud sexual y reproductiva: un aporte desde la organización civil en Chiapas. En *Imagen instantánea de la partería* (pp. 153-173). ECOSUR, Asociación Mexicana de Partería.
- 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 de licenciatura]. Universidad Autónoma de Chiapas, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
- Sánchez Ramírez, G., Moreno Guati-Rojo, M., & Pérez-López, N. V. (2015). Las condiciones de las parteras tradicionales en Chiapas. En *Imagen instantánea de la partería* (pp. 135-152). ECOSUR, Asociación Mexicana de Partería.
- Secretaría de Desarrollo Social & Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2010). *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social. Oxchuc, Chiapas*.
- Secretaría de Salud (2016). *Decreto por el que se reforma el artículo 42 de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil*. Pub. L. No. NOM-007-SSA2-2016, 57.
- Sesia, P. (1982). *The Persistence of traditional midwifery practices in four Mexican villages of the isthmus of Tehuantepec, Oaxaca* [Tesis de maestría]. University of California, Berkeley.
- Sieglin, V. (2004). *Modernización rural y devastación de la cultura tradicional campesina*: Plaza y Valdés.
- Torri, M. C. (2012). Traditional midwives in Tamaulipas: The difficult negotiation between traditional childbirth knowledge & the biomedical system in Mexico. *Women's Health & Urban Life*, 11(2), 42-63. <https://bit.ly/3g0bz5z>
- United Nations Populations Fund, Panamerican Health Organization, & Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. (2014). *El estado de las parteras en el mundo 2014: oportunidades y retos para México* (p. 18). UNFPA.

NACER EN LA MITAD DEL MUNDO. PARTERÍA Y SABERES PARA EL CUIDADO REPRODUCTIVO EN LA PROVINCIA DE PICHINCHA, ECUADOR

DIANA ÁLVAREZ ROMO

INTRODUCCIÓN

En la provincia de Pichincha, Ecuador, coexisten la partería tradicional, la partería urbana y la partería profesional. Sus cuidados continúan tejiendo lazos comunitarios y ampliando posibilidades para que las mujeres puedan acceder a formas más humanas y respetuosas de dar a luz. Las diferencias entre estas formas de partería no son neutras, se explican por el contexto histórico y cultural, así como por las circunstancias que privilegian a la partería profesional y condicionan a la partería tradicional obligándola a adaptarse y aplicar estrategias para seguir practicando sus trabajos de cuidados. Los procesos de transformación que la partería y sus saberes han atravesado durante el tiempo se encuentran en oposición a los argumentos simplistas sobre su desaparición.

Las parteras tradicionales adquieren sus conocimientos por medio de la tradición oral o la transmisión matrilineal. Brindan sus cuidados antes, durante y después del parto, y “han adquirido sus conocimientos iniciales por sí mismas, a través de los sueños o por aprendizaje de otras parteras en sus comunidades” (OMS, 1985). Trabajan en el ámbito familiar, en su comunidad o en comunidades

cercanas. Las parteras capacitadas son parteras tradicionales acreditadas por el MSP (Ministerio de Salud Pública), que colaboran activamente con la institución, adquiriendo nuevos roles e implementando técnicas médicas a sus prácticas tradicionales. Trabajan tanto en el ámbito doméstico como en el institucional. Las parteras urbanas ejercen conocimientos tradicionales o profesionales principalmente en las ciudades, a personas de su comunidad o no, que solicitan sus servicios a domicilio o en consultorios domésticos. Finalmente las parteras profesionales son aquellas que han recibido algún tipo de formación profesional en obstetricia, trabajan en consultorios privados, realizan visitas a domicilio y colaboran en clínicas. A ellas acuden mujeres cercanas y desconocidas de todas las clases sociales.

“Nacer en la mitad del mundo” es una etnografía de la partería y sus saberes. Muestra los relatos de vida de tres mujeres que son reconocidas como parteras en sus comunidades. Lourdes Rojano forma parte de la comuna urbana Chilibulo y brinda sus servicios principalmente en los barrios del sur de Quito. Es una partera calificada por el Ministerio de Salud, con quien mantiene una relación de colaboración. Doña Eloísa vive en el pueblo Pesillo, en la región de Cayambe. Es una partera tradicional que atiende a personas indígenas y campesinas de las localidades rurales cercanas. Por último, María Guamán es partera urbana y comerciante en el mercado de San Roque y brinda sus trabajos de cuidados principalmente a su familia y a personas cercanas a ella.

Dos preguntas guían nuestra reflexión en torno a la partería. La primera parte de este artículo se dedica a entender cómo se ha transformado el oficio de la partería en esta región andina, especialmente en las dos últimas décadas en que el Estado ecuatoriano ha procurado normar y medicalizar el parto. Este asunto nos lleva a cuestionar qué saberes y trabajos para el cuidado reproductivo practican actualmente las parteras y qué sucede con la transmisión de sus conocimientos.

Para responder a estas preguntas identificamos tres componentes. En primer lugar, los relatos de vida de las parteras. En segundo

lugar, los cambios sociales y en materia de políticas públicas en salud que históricamente han tendido hacia el control de los saberes reproductivos femeninos. En tercer lugar, los aportes teóricos de los estudios de género. El vínculo entre estos componentes explica el fenómeno de transformación de los saberes y trabajos de cuidado reproductivos en sus distintas escalas, desde lo personal de la vida cotidiana de las mujeres, hasta las políticas públicas derivadas de los objetivos del milenio.

LA PARTERÍA EN EL CONTEXTO ANDINO-ECUATORIANO

La mortalidad materna (MM) es una preocupación presente en las discusiones de cualquier índole, sean académicas, gubernamentales o populares, y es motivo para emprender todo tipo de acciones, cuidados o políticas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la MM asciende al menos a 600 000 mujeres por año, y que el mayor porcentaje de muertes ocurre en países en vías de desarrollo debido a causas y complicaciones que podrían ser evitadas (OMS, 1999, p.1), razón por la cual entre los Objetivos de Desarrollo Milenio (ODM) está reducir en tres cuartas partes la MM entre los años 2000 y 2015 a nivel mundial.

Ecuador es el tercer país andino con mayor índice de mortalidad materna. Las causas principales son hemorragias, infecciones, hipertensión, eclampsia y abortos inducidos o inadecuados. La mayor parte de las muertes ocurren en los servicios de salud y dentro de las primeras horas del posparto (MSP, 2008a, p.15). En este país “el aborto en condiciones de riesgo es la segunda causa de morbilidad femenina ubicada dentro de las 10 causas de morbilidad, de las que seis corresponden a patologías relacionadas con la salud sexual y reproductiva” (CNOMEISCC, 2014, p. 51).

Una de las estrategias implementadas por el Estado ecuatoriano para disminuir la MM y aumentar la cobertura de los servicios de salud pública fue promulgar la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI) en 1994 para promover la atención

ginecológica sin costo, la atención médica gratuita a recién nacidos y a menores de cinco años. Las parteras tradicionales mencionan que a partir de la aprobación de la LMGAI su trabajo disminuyó considerablemente y, como veremos, el quehacer de las parteras ha ido menguando desde entonces con la canalización de los nacimientos a las unidades de salud. Uno de los factores que ha propiciado este flujo es la gratuidad del servicio público de asistencia al parto, que contrasta con la retribución (muchas veces simbólica) que se les da a las parteras tradicionales.

Cifras oficiales del Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) confirman que el nacimiento biomédico aumenta progresivamente al tiempo que los partos clasificados como “en casa” disminuyen. La distribución geográfica de las formas de parir varía entre sectores rurales y urbanos, y entre pertenencia cultural indígena o mestiza. Es así que a nivel nacional, entre 1999 y 2004, el 74,2% de los nacimientos fue atendido por personal de salud, pero del total de partos de mujeres indígenas, solo el 30,1% tuvo atención médica (CEPAR, 1994, p. 70).

De acuerdo con el lugar de residencia de las mujeres, la cifra cambia de 88,6% para las que residen en el área urbana a 57,1% para las del área rural. Los partos en casa disminuyen gradualmente pasando de 34% entre 1989 y 1994, a 29% entre 1994 y 1999 y, finalmente, a 23,8% entre 1999 y 2004. De estos partos en casa, solo 14,3% fue atendido por una partera en el periodo de 1994 a 1999, y 12,7% para el periodo de 1999 a 2004 (CEPAR, 2005).

En la provincia de Pichincha, a partir del año 2002, se registran las cifras más altas a nivel nacional de partos ocurridos en unidades de salud, con el 85,3% y llegando a 92,1% en la ciudad de Quito (CEPAR, 2005). No obstante, sería un error categorizar el parto en casa como indígena y rural, y al parto biomédico como urbano y mestizo, y justificar esta relación y distribución por la cobertura de los servicios médicos. Nos encontramos frente a un fenómeno más complejo. Lo que la distribución geográfica de las formas de parir expresa en realidad es el vínculo mujer-cultura-lugar, condicionado

fuertemente por el contexto social, pero mediado por la decisión y convicción de las mujeres.

Paralelamente al aumento del parto biomédico, las parteras continúan brindando algunos de sus cuidados pre y post natales en sus comunidades. Ellas consideran que entre las principales razones por las que las mujeres deciden dar a luz en casa se encuentra la comodidad que sienten al parir en un espacio familiar, acompañadas de las personas que ellas eligen, su libertad de movimiento durante la labor de parto, así como los cuidados que reciben de las parteras durante cada etapa del ciclo reproductivo.

En la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (CEPAR, 2005) el parto en casa se entiende como una costumbre ligada principalmente a factores culturales. El documento identifica que en la elección del parto en casa influyen también los tratos y actitudes violentas que algunas mujeres reciben por parte del personal médico.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2010 afirma que la atención a la salud materna y al parto en un país plurinacional como Ecuador requiere adaptarse a las determinaciones culturales. Pero la mayor parte de los servicios de salud no están lo suficientemente preparados para llevarlo a cabo, por lo que el PND reconoce, además, que el choque cultural durante la atención al parto es la razón por la cual algunas mujeres prefieren dar a luz en casa, en compañía de familiares y parteras comunitarias (SENPLADES, 2007, p.118).

En el texto *Desafíos de la atención al parto*, el médico y académico Raúl Mideros (2014, p. 11) corrobora algunas desventajas del parto biomédico que promueve el MSP. La primera desventaja es que la demanda de atención al parto ha superado las capacidades de las unidades de salud. Esto es una implicación directa del progresivo aumento del parto biomédico que se mostró párrafos arriba, y en esta discusión queda pendiente saber cuántos de esos partos son por cesárea.

La segunda desventaja es que el personal de salud no está capacitado para brindar una atención respetuosa y culturalmente adecuada a mujeres diversas durante el proceso de parto. Mideros identifica

como principales deficiencias en la atención al parto que el personal de salud limita la libertad de movimiento de la parturienta, que se realizan tactos vaginales en exceso, se imponen procedimientos innecesarios y peligrosos, se hace esperar a las mujeres en lugares incómodos durante el proceso de parto, se practican episiotomías rutinarias, se hacen comentarios fuera de lugar que incomodan a las parturientas y se violentan los tiempos y ritmos de la madre y del bebé durante el proceso de parto (2014, p. 11).

Ante estas desventajas y con la intención de aumentar la cobertura del parto biomédico, surgieron estrategias como la institucionalización del parto vertical (que pretende ser más humano) dentro de un paquete de políticas públicas conformado por la normativa CONE (MSP, 2013) y el Plan Nacional del Buen Vivir 2007-2013 (PNBV) (SENPLADES, 2013), que tenían entre sus metas aumentar la cobertura del parto institucional para reducir en 35% la MM y neonatal. Del PNBV se desprende el Plan Nacional de Reducción Acelerada de Muerte Materna y Neonatal¹ elaborado en 2008, que entre sus acciones contempló la creación de la Guía Técnica para la Atención al Parto Culturalmente Adecuado (MSP, 2008b) y la adaptación de 46 salas de parto culturalmente adecuado en maternidades de corta estancia de todo el país. Además, se buscó incorporar a las parteras al MSP, fomentando el respeto a los conocimientos tradicionales, al nacimiento acompañado y a la libre posición durante el parto.

Estas políticas plantearon por primera vez el acceso de las parteras como acompañantes de salas de parto intercultural. El discurso político frente a prácticas tradicionales de las parteras dio un giro visible. El MSP, que antes denigraba y perseguía a las parteras tradicionales, parecía de pronto comenzar a reconocer su labor y valor comunitario. En este contexto, comenzó un proceso de regularización de saberes mediante cursos de capacitación impartidos por médicos

¹ Es importante recalcar que la última encuesta nacional materno infantil (ENDEMAIN) se llevó a cabo en 2004; por tanto Ecuador no cuenta con estadísticas actualizadas, lo que dificulta una aproximación precisa de la situación actual en torno a la salud reproductiva, así como al porcentaje anual de muertes maternas y sus causas directas.

y enfermeras, como parte del proceso para incorporar a las parteras tradicionales al MSP.

La reciente figura de partera capacitada recibe nuevas funciones como colaboradora del MSP. Por el arraigo y la legitimidad que tienen las parteras en sus comunidades, se les han asignado tareas como distribuir información sobre planificación familiar, realizar visitas domiciliarias a las gestantes y hablarles sobre la importancia que tiene el control mensual del embarazo en los sub centros de salud (CHS, 2010, p. 26).

Esta nueva función como mediadoras entre el ministerio y la comunidad está transformando sus roles sociales. Los médicos que les dan las capacitaciones insisten en los riesgos que tiene el parto en casa, con el objetivo de que las parteras capacitadas ayuden a canalizar los nacimientos a los centros de salud. Estos nuevos roles impactan directamente sobre las prácticas tradicionales de las parteras. Lourdes Rojano es una partera capacitada y reconoce que, hasta hace una década, las parteras tradicionales tenían trabajo atendiendo partos y que actualmente su labor se ha limitado a practicar algunos cuidados a mujeres gestantes, puérperas o recién nacidos, y son los médicos quienes se encargan de atender el nacimiento (Lourdes Rojano, 06/06/2014).

La plurinacionalidad, el buen vivir y el giro discursivo que reconoce la labor de las parteras en Ecuador es la continuidad de un proceso histórico de deslegitimación de los saberes para el cuidado que custodian las parteras, que en términos de Vega (2009) han sido considerados *cuidados profanos* por parte de los médicos expertos y subordinados al *cuidado profesional* de la atención médica calificada. Por saberes profanos se refiere a aquellos “conocimientos que nacen de la experiencia, en muchos casos de una experiencia reflexiva” (p.18). En este país, antes del siglo XVII, “la asistencia al parto era practicada principalmente por mujeres que gozaban de gran reconocimiento social; los médicos no intervenían porque la obstetricia no estaba reconocida como materia científica” (Acosta, 2006, p.22).

A partir del siglo XVIII, los médicos comenzaron a interesarse

por tomar control sobre la maternidad, desplazando a las parteras y reduciendo la labor de las obstetrices a la de ayudantes y enfermeras. Este proceso trajo consigo la primera institucionalización del nacimiento en el país (Acosta, 2006, p. 22). Para los médicos de esa época, el embarazo y el parto no debían ser considerados como procesos naturales, sino como enfermedades que requerían de la intervención médica (Clark, 2001, p. 195).

La existencia de esta dicotomía entre cuidados profanos y cuidados expertos es reafirmada por doña Lourdes en la actualidad. Ella recuerda que hubo un tiempo en el que las parteras eran buscadas y desacreditadas por el MSP por considerar que sus prácticas eran sucias e inadecuadas (L. Rojano, 06/06/2014). Recordar aquí la vigencia de esta dicotomía es solo para advertir que la recurrente diferenciación discursiva entre experto y profanos no alcanza a comprender siquiera mínimamente el modo en que la partería se entrelaza con el *fluir* de la vida y sus redes de cuidados, pues más allá de sus saberes, las parteras hacen trabajos de cuidados para las madres como cocinar durante el primer día y apoyar a la familia en algunas tareas del hogar e incluso lavar la ropa que fue usada durante el parto para evitar que la madre haga esfuerzos innecesarios (Eloísa, 10/02/15).

En el transcurrir de esta historia, el parto en casa ha tendido a disminuir, y es desplazado por el parto en clínicas y hospitales. Los recién nacidos pasaron de las manos de las parteras comunitarias a manos de médicos expertos, el nacimiento pasó de ser un acto controlado por las mujeres a la supervisión de personal masculino en instituciones médicas estatales o privadas, y las prácticas de las parteras se volvieron más discretas. La ciencia médica comenzó a ser utilizada para regular a la población y generó un cambio paradigmático en la forma de nacer, conceptualizado por Foucault (1992) como biopolítica.

SABERES Y TRABAJOS PARA EL CUIDADO REPRODUCTIVO

Algunas formas en que se han abordado los trabajos de cuidados

son: desde el trabajo reproductivo y de asistencia que brinda la madre a sus familiares de forma no remunerada en el ámbito doméstico; los cuidados provistos por instituciones (públicas o privadas) especializadas (Scavone, 1999; Badinter, 2011); o también como trabajo remunerado en el ámbito doméstico con importantes asimetrías entre mujeres (Brites & Fonseca, 2014). Sin embargo, los cuidados que puedan ofrecer otros agentes en ámbitos comunitarios (ni estatales, ni mercantiles) no ha recibido la suficiente atención.

El *feminismo*² es la postura común con que se han retomado los estudios sobre los trabajos de cuidados pues, al ser estos un trabajo que ha recaído en manos femeninas, la perspectiva de *género*³ nos permite entender su carácter sexuado (Vega, 2009, pp. 18-27). Si el cuidado está fuertemente atravesado por el género, Anderson (2007, p. 74) agrega que existen también *géneros de cuidados* para referirse a sus variedades, habiendo cuidados que pasan entre generaciones, cuidados dados espontáneamente y cuidados forzados, todos con distintas implicaciones.

Los cuidados son actividades que contribuyen a la reproducción de la vida y el bienestar de los seres humanos. Para Arango implican “un conjunto de tareas relacionadas con el mantenimiento de las condiciones materiales de vida, y los objetos y espacios de reproducción social” (2010, p.84). Estas actividades se concretan en relaciones interpersonales motivadas por (des)afectos, y es a través de ellas que se regeneran cotidiana y generacionalmente el bien-estar físico y emocional de las personas (Pérez, 2006, p. 108).

² Retomamos la definición de feminismo comunitario propuesta por Julieta Paredes: “el feminismo es la lucha y la propuesta política de vida de cualquier mujer en cualquier lugar del mundo, en cualquier etapa de la historia que se haya revelado ante el patriarcado que la oprime” (2014, p. 40).

³ Scott menciona que el género es una manera de repensar los determinantes de las relaciones entre los sexos. Tradicionalmente, género se ha usado para referirse a las categorías gramaticales de masculino, femenino, o neutro; pero en años recientes la palabra se ha arraigado en su uso para referirse a categorías relacionadas con el sexo, en tales frases como “la brecha de género” y “la política del género” (Scott, 2011, pp. 96-97). El género agrega un tema válido a otros temas de análisis histórico, pero también cambia profundamente la interpretación global de la sociedad en su conjunto (Stern, 1997, p.124).

Cuidar, dice Carol Thomas, “es una actividad en la que predomina el trabajo femenino, su estudio parece exigir un análisis enraizado en el orden de género a la vez que facilita el desarrollo del conocimiento sobre la opresión de las mujeres” (2011, p. 148). En los trabajos de cuidados operan múltiples factores simultáneamente: la identidad social de quien cuida y es cuidado, la relación que se teje entre ambos, la naturaleza del cuidado, el ámbito económico del cuidado y el contexto en que se ejerce, explicando cómo el cuidado traspasa la familia, ubicándose en distintos ámbitos.

Entiéndase el *sostenimiento de la vida* humana como una compleja red de trabajos de cuidados articulados (Pérez, 2014, p. 74). Labores domésticas como la alimentación o la limpieza, u otras como la crianza, salud o educación operan siempre en conjunto pues, cuando una madre cría está educando o cuando alimenta, procura la salud. De ahí surge que los cuidados sean vistos como una red de características específicas que se tiende para cubrir a los individuos de la familia o comunidad, de acuerdo con las cambiantes etapas de su vida.

Si el embarazo y el nacimiento constituyen el acontecimiento que marca el inicio de toda existencia humana, entonces es a partir de él que comienza el ciclo de reproducción social y cultural. En la especificidad que adquiere la red de cuidados cuando se extiende para cubrir el nacimiento, los saberes de la partería están entre los principales referentes. Saberes y trabajos no deben entenderse como sinónimos. Es en el paso de saberes de cuidado a trabajos de cuidado donde se concretan las relaciones de género por las cuales se delegan a las mujeres las actividades para la reproducción de la vida. Es decir, los saberes de cuidado pueden ser culturalmente compartidos por todos los miembros de un grupo, pero al accionar para lograr el bienestar, al operativizar los saberes para el cuidado, predomina la estructura de la división sexual del trabajo.

Además de los roles de género, en la relación y paso sucesivo de saberes de cuidado a trabajos de cuidado para la reproducción de la vida, se expresa también el conflicto entre el modo de producción capitalista y la vida misma. Cuando se trata propiciar la vida, el ca-

pital solo es capaz de posibilitar la satisfacción de necesidades, pero no de reproducirla. El hecho de que las economías capitalistas se dinamicen por procesos de acumulación las hace opuestas a la reproducción de la vida, pues la acumulación niega la codependencia y la interdependencia en tanto condiciones básicas de la existencia (Orozco, 2014, p. 96).

Específicamente, los *saberes y trabajos para el cuidado reproductivo* cubren las etapas de embarazo, parto y postparto. Son tanto el conjunto de técnicas (los masajes, la manteada o el tanteo) para ayudar en el embarazo, como los consejos y recomendaciones que da una partera a una mujer para su cuidado y el del recién nacido. De esta forma, los cuidados van desde la noción amplia de sostenibilidad de la vida hasta la forma más concreta de las actividades diarias relacionadas con la atención a los cuerpos (Orozco, 2014).

En la vida cotidiana de las parteras que presentamos a continuación pueden entenderse los cambios que ha atravesado la partería en las últimas décadas, la influencia del contexto social, y cómo sus roles de género configuran el resto de sus actividades. Doña Eloísa es una mujer de setenta y seis años que ejerce la partería tradicional desde hace sesenta y cuatro. Aprendió el oficio por sí misma al atender dos partos de su madre. A través de la práctica empírica, ha desarrollado técnicas para masajear y acomodar al bebé dentro del vientre. Hasta el momento continúa ayudando a las mujeres de su comunidad antes, durante y después del parto visitándolas en sus domicilios. Ejerce su oficio como partera, aunque con menos frecuencia que antes.

Lourdes Rojano es una mujer Quitú Cara que de pequeña emigró con su familia de Imbabura al sur de Quito. A los doce años se inició como partera al asistir a su madre para dar a luz. Entre sus deberes cotidianos, es ama de casa, madre, abuela, esposa, cuida niños pequeños que tiene a su cargo en un transporte escolar, es lideresa comunitaria, es directora del ballet del barrio y participa en distintas organizaciones de la comuna urbana Chilíbulo. En su tiempo libre brinda sus cuidados a los ancianos de una casa hogar. Doña Lourdes es una de las pocas parteras que continúan ejerciendo su oficio al sur

de la ciudad y ella colabora activamente con el Ministerio de Salud.

María Guamán es una mujer indígena de cuarenta y nueve años que trabaja vendiendo legumbres en el mercado de San Roque. Es partera tradicional urbana y aprendió el oficio de su abuela. Conoce las plantas medicinales para el parto, sabe cómo fregar y masajear. Nunca ha asistido a cursos de capacitación del MSP y brinda sus cuidados a su familia y a otras personas del mercado que la conocen y recomiendan.

Antes de que sus prácticas comenzaran a ser controladas, las parteras que son parte de esta etnografía refieren que solían brindar un cuidado integral a las mujeres antes, durante y después del parto. Su trabajo comenzaba durante los primeros meses de gestación en los que las mujeres las visitaban para verificar su preñez, supervisar el avance de su embarazo o para acomodar el bebé en la posición adecuada por medio de masajes al vientre. Pudimos identificar al menos cuatro técnicas que practican las parteras para acomodar al bebé dentro del vientre: el tanteo, la sacudida (Mamá Eloísa, 10/02/15), el manto (María Guamán, 22/03/15) y la volteada (Lourdes Rojano, 11/12/2014). Durante las visitas prenatales se tejen relaciones de confianza entre la familia, la mujer embarazada y su cuidadora.

Al iniciar la labor de parto, las parteras tradicionales asistían a la casa de la mujer para preparar el espacio y brindar a la parturienta las infusiones de plantas medicinales que requerían en cada momento (Lourdes Rojano, 06/06/2014). Las parteras esperaban con paciencia, observando y acompañando el nacimiento sin intervenir demasiado en el parto ni en las decisiones de la madre acerca de su posición para parir. Entre sus funciones se encuentran: proporcionar aliento y fuerza durante el parto (Eloísa, 10/02/15), bañar a la mujer y al recién nacido con plantas medicinales (María Guamán, 22/03/15), cortar el cordón umbilical y entregar la placenta a la familia.

Encaderar o fajar es otro de los trabajos de cuidado que realizan las parteras durante el postparto y por él son muy solicitadas actualmente. Esta práctica se realiza con la intención de cerrar la cadera y ayudar a que el útero vuelva a su tamaño original adecuadamente. La

mayoría de las parteras consideran fundamental el cuidado personal de la madre durante el postparto y procuran el bienestar de madre e hijo casi hasta su completa recuperación.

La visión integral (biológica, cultural y social) de las parteras sobre la salud reproductiva y el cuidado femenino va más allá de recibir al recién nacido. Sus saberes forman parte de un acervo popular que se teje en la vida cotidiana y se comparte entre familiares, vecinas y otras personas que llegan a la comunidad por recomendación. Era común que cada poblado contara con una o más parteras que ejercían un papel fundamental en la comunidad, por el que eran reconocidas y respetadas.

Sin plantearlo como una coincidencia, el hecho de que Lourdes, Eloísa y María hayan tenido iniciaciones similares es de gran relevancia para reflexionar en torno a la transmisión de saberes. Estas tres parteras se iniciaron en el oficio cuando se les presentó la necesidad inmediata de atender a alguna persona cercana. Comprenden, además, que su aprendizaje se debe a la práctica constante y a la experiencia propia de parir o acompañar a otras mujeres, y que es mediante el reconocimiento y respeto que les otorga la comunidad⁴ como adquieren la cualidad de ser curanderas y parteras. Ellas advierten que pocas mujeres están interesadas en aprender el oficio. Doña Eloísa le enseñó a su hija mayor, pero esta no ejerce el oficio, y Doña Lourdes y Doña María no están heredando a nadie sus saberes.

Además de su trabajo como parteras, entre otros trabajos no asalariados que estas mujeres realizan diariamente están las labores agrícolas, preparación de los alimentos, tareas de higiene y educación. También realizan trabajos remunerados fuera de casa, como la venta de legumbres (María Guamán), venta de comida, curación,

⁴ “Cuando hablamos de comunidad queremos abarcar en su comprensión a todas las comunidades no sólo estamos hablando de las comunidades rurales o comunidades indígenas es otra manera de entender y organizar la sociedad y vivir la vida. nos referimos a todas las comunidades de nuestra sociedad, comunidades urbanas, comunidades rurales, etc. (...) comprender que de todo grupo humano podemos hacer y construir comunidad es una propuesta alternativa a la sociedad individualista” (Paredes, 2014, p. 86).

cuidado de niños pequeños en un transporte escolar (Lourdes Rojano), labores de agricultura y pastoreo (Doña Eloísa), entre muchas otras actividades de subsistencia.

APORTES A LA REFLEXIÓN COLECTIVA

Opresión o convicción, la falsa disyuntiva en los trabajos de cuidado

Hoy muchas de las discusiones académicas que giran en torno al sostén cotidiano de la vida humana se expresan en términos de cuidados. Y a pesar de la ambigüedad que rodea las dos dimensiones del concepto —disposiciones y motivaciones ético-afectivas, y actividades concretas de la vida diaria— existe un cierto consenso a la hora de pensar la importancia que tienen en la vida social (Vega & Cielo, 2015, pp. 9-10).

La menstruación, el embarazo, el parto, la lactancia, el cuidado a los recién nacidos y su crianza han sido siempre actividades comunes y compartidas por las mujeres. La maternidad y el cuidado reproductivo han sido naturalizados históricamente y concebidos como experiencias femeninas. La propuesta teórica sobre la *biopolítica* (Foucault, 1976; 1992, pp.168-173)⁵ no profundiza en el disciplinamiento del cuerpo específicamente femenino y/o racializado, pero sí asienta las bases para explicar que la regulación de la vida y su reproducción se ejercen como mecanismos externos a las mujeres, a sus cuerpos y sus saberes, que, además son despreciados frente a los conocimientos técnico-científicos.

Visto a lo largo del tiempo, el modo de producción capitalista ha hecho del control del cuerpo femenino una de sus estrategias económicas y políticas. De entre esas estrategias, Silvia Federici (2004)

⁵ Foucault menciona que el poder sobre la vida se desarrolló a partir del siglo XVII en dos formas principales. La primera en surgir fue la anatomopolítica y centró su atención en el disciplinamiento del cuerpo como máquina en un contexto de creciente control sobre el trabajo en el desarrollo del capitalismo. La biopolítica, por su parte, se refiere al control del cuerpo como especie, enfocándose en los procesos biológicos de la vida, entre los que figura su origen en el nacimiento, su preservación ante la enfermedad y su fin en la muerte.

demuestra el potencial que ha tenido la división sexual del trabajo para excluir a las mujeres del trabajo asalariado y confinarlas al espacio doméstico, donde su labor reproductiva de criar, nutrir, cuidar y servir al trabajador pudo ser naturalizada. Así la mujer fue relegada a realizar labores domésticas y a tener hijos bajo la vigilancia del Estado (Foucault, 1976), con lo que el trabajo femenino se convirtió en un recurso privatizado disponible para los varones (Federici, 2004, pp. 147-148).

Visto desde una perspectiva marxista feminista, las mujeres producen y reproducen la *fuerza de trabajo* en sus vientres. A pesar de no ser un trabajo remunerado, la reproducción humana es también trabajo productivo. Dalla Costa (2006) sostiene que el modo de producción capitalista requiere de la subordinación del cuerpo de las mujeres y reduce su útero a una *máquina* productora de trabajadores, y esto ha sido clave en el proceso de control de la población.

Las ideas anteriores deconstruyen el mito del instinto maternal y lo develan como una construcción social históricamente condicionada (Badinter, 2011). La maternidad entonces se complejiza y puede ser vista como experiencia, como institución o como ideología, y es desde estos campos que se busca el control de los cuerpos de las mujeres, a través de la sexualidad, el disciplinamiento y la normatividad (Rich, 1976; Hacking, 2001; Bordo, 1990; Butler, 2002, 2007). El control del cuerpo de las mujeres, de su reproducción y de su fuerza de trabajo, así como la desposesión de los saberes femeninos fue crucial en el tránsito a un nuevo orden: un patriarcado moderno de carácter fraternal y post ginocéntrico (Pateman, 1995; Galcerán, 2006; Ehrenreich & English, 1981).

Colocar los saberes y trabajos de cuidado para el sostenimiento de la vida (de humanos y no humanos) en el centro de la organización social, política y económica es una de las propuestas de Shiva y Mies (1995; 1998, p. 197), quienes desde su postura ecofeminista advierten la pérdida de los saberes reproductivos, y proponen una “ecología de la reproducción” en la que hombres y mujeres asuman la responsabilidad por el cuidado de la vida. Quienes pierden su sa-

ber reproductivo dependen cada vez más de expertos y expertas en medicina para lograr su embarazo y parto. Por esta razón, una nueva ecología de la reproducción requiere que las mujeres recuperen sus saberes en torno a la fecundidad.

Para Svampa (2015), el ecofeminismo, cuando está libre de esencialismos, aporta una mirada coherente sobre las necesidades sociales, y no desde la carencia sino desde el rescate de la cultura del cuidado y valores como la reciprocidad, la cooperación y la complementariedad para pensar una sociedad sostenible (p.131). Los saberes de cuidado son fundamentales para la autonomía reproductiva de las mujeres y forman parte de un acervo popular que se comparte —hasta ahora— mediante consejos, prácticas y remedios de ginecología.

Sería fácil caer en el error de ver en las posturas teóricas una falsa disyuntiva entre la división sexual del trabajo, que obliga a las mujeres a llevar a cabo los trabajos de cuidado en un contexto en que el Estado controla la reproducción y el crecimiento de la población, y los cuidados, que tejen una red para el sostenimiento de la vida en los que las mujeres cuidadoras actúan por convicción en la preservación y transmisión de saberes. Sin elegir entre una u otra es necesario adentrarse en las lógicas de cada una de estas propuestas teóricas.

La perspectiva marxista feminista y la división sexual del trabajo nos presenta la lógica, según la cual los trabajos de cuidados y la reproducción son actividades productivas no remuneradas delegadas a las mujeres. Sin refutar el carácter sexuado del trabajo ni la opresión presente en las relaciones de género sostenemos que todos los trabajos de cuidados (remunerados o no, obligados o voluntarios) forman parte de la red que permite el sostenimiento de la vida y, algunos de ellos, como criar, alimentar y educar pueden, en función de su contexto, efectivamente subordinar, oprimir y favorecer a la acumulación de capital.

La red de sostenimiento de la vida está entonces altamente politizada, y dentro de ella los saberes y trabajos de cuidados reproductivos parecen tener un carisma distinto, como si fuese ajena a las opresiones de género. El que las parteras Eloísa, María y Lourdes

custodien los saberes para el cuidado reproductivo no es sentido por ellas de ninguna forma como una obligación u opresión, sino todo lo contrario. Curar y atender partos es un don obtenido para el servicio a su comunidad que, además, las dignifica. Su trabajo es la excepción, como el ecofeminismo lo plantea. Al ser poseedoras de los saberes de cuidados, logran mayor autogestión sobre la salud y pueden ayudar a otras mujeres a ganar autonomía sobre sus cuerpos y partos. Su potencial de emancipación es también de disidencia de los sistemas de salud, o al menos una alternativa. Desde esta perspectiva, los saberes y trabajos de cuidado reproductivos siguen siendo históricamente delegados a las mujeres, pero son a la vez la fuerza de las relaciones de solidaridad y sus herramientas liberadoras.

Estos argumentos no descartan las opresiones que el modo de producción capitalista, el Estado ecuatoriano y las instituciones ejercen sobre las parteras y sus saberes. Esto se debe a que, como hemos esbozado en el primer apartado, el MSP no cesa en sus intentos de incorporar a las parteras al sistema de salud y de limitar sus prácticas, la ciencia médica mantiene el desprestigio de sus saberes en la actualidad y la acumulación de capital sigue funcionando a expensas de todos los trabajos para la reproducción de la vida. Las mujeres virtuosas, curanderas y parteras tradicionales que colaboraron para esta investigación, están inmersas en estas opresiones, pero sus saberes y trabajos de cuidados reproductivos se guían por la solidaridad y el bien común.

Las parterías en Pichincha

En Ecuador la partería se ha transformado para pervivir ante siglos de persecución, medicalización y homogeneización del nacimiento. Como hemos visto, durante los últimos veinte años, algunas de las políticas públicas de la salud sexual y reproductiva para disminuir la MM han tenido una profunda influencia en la transformación de las prácticas de las parteras.

Por el informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2015)

sabemos que el objetivo de disminuir en tres cuartas partes la MM entre 2000 y 2015 (NU, 2015, p. 6) no fue alcanzado. Si bien los objetivos globales están lejos de cumplirse, el objetivo Estatal de aumentar el parto biomédico parece funcionar bien para disminuir el índice de nacimientos en casa. Actualmente, el MSP busca aumentar la atención biomédica del parto y, para lograrlo, interviene en la labor de las parteras buscando regularizar sus prácticas. Una de sus acciones ha sido la institucionalización del parto vertical, con la finalidad de redireccionar la mayor parte de los nacimientos a unidades de salud, incurriendo en un doble discurso que promueve la atención profesional y la salud intercultural.

En las entrevistas que realizamos, las parteras mencionan que a pesar de las políticas de interculturalidad, no siempre se les permite acceder a las salas de parto intercultural en las maternidades de corta estancia y que, cuando se les brinda el acceso, no se les permite participar en el parto directamente. Los médicos se encargan de recibir al recién nacido, dejándolas en segundo plano.

Las capacitaciones que reciben las parteras para ascender a parteras capacitadas modifican su rol comunitario, al obligarlas a incorporar en sus prácticas tradicionales nuevos elementos (medicamentos, suero, pinzas, guantes etc.) proporcionados por el MSP. Las parteras entrevistadas consideran que su trabajo es subestimado por gran parte de los médicos y que no hay un diálogo verdadero entre el conocimiento profesional y el tradicional, puesto que sus prácticas continúan siendo desacreditadas. Por otra parte, su trabajo dentro del MSP no es remunerado, lo que dificulta una colaboración real y horizontal con la institución.

Coinciden en que cada vez menos mujeres solicitan sus cuidados de manera integral (cuidados prenatales, durante el parto y durante el postparto) y que, cuando son solicitadas, es para atender padecimientos que los médicos no pueden resolver (el uso de manteo para evitar la cesárea, métodos naturales de fertilidad, tácticas para prevenir el aborto, encaderada o curación para el recién nacido). Consideran que la disminución de su trabajo se refleja también en la

confianza hacia sus saberes y en el número de mujeres (de su familia o no) que se interesan por sus prácticas, lo que finalmente repercute en la transmisión de sus saberes para formar a otras parteras.

Es importante mencionar que, a medida que el parto biomédico ha tomado control sobre la reproducción humana y las prácticas de la partería tradicional, han surgido propuestas alternativas que promueven el denominado “parto humanizado” en busca de redignificar el nacimiento y empoderar a las mujeres sobre su cuerpo. Los saberes de las parteras para el cuidado reproductivo continúan siendo practicados, ahora en más modalidades, a pesar de los esfuerzos del Estado ecuatoriano por controlar la atención del nacimiento.

La atención al parto disminuye para las parteras tradicionales, pero aumenta para las parteras profesionales, manteniendo vivo de distintas maneras el oficio de la partería y respondiendo así al parto institucional, a sus exigencias y negligencias.

Las parteras profesionales asisten más nacimientos en la región urbana, pues cuentan con una mayor acreditación para ejercer su oficio. Ellas son una extensión entre la partería y la medicina, un nuevo rostro de la partería en el contexto institucional actual. Cada vez son más las mujeres de los estratos medios y altos urbanos que se forman como *doulas* y parteras profesionales por su interés en el parto humanizado, pero hay que identificar sus formas de adquirir, custodiar y transmitir los saberes de cuidados reproductivos para entender que sus saberes se sustentan más en el conocimiento científico que en el empírico y que sus prácticas no representan la continuidad de los saberes de la partería tradicional.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, F. (2006). *Prácticas y representaciones del parto en unos contextos urbanos* [Tesis de licenciatura]. Universidad Politécnica Salesiana.
- Anderson, J. (2007). Género de cuidados. En Maruja Barriga (Ed.), *Fronteras interiores. Identidad, diferencia y protagonismo de las mujeres*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Arango, L. (2010). Género e identidad en el trabajo de cuidado. En E. De la Garza Toledo y J. Neffa (Coords.), *Trabajo, identidad y acción colectiva*. Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa.
- Badinter, E. (2011). ¿Existe el instinto maternal? *Historia del amor maternal (s. XVII-XX)*. Paidós Ibérica.
- Bordo, S. (1990). Reading the slender body. En M. Jacobus, E. Fox Keller y S. Shuttleworth, (Ed.), *Body /Politics: Women and the Discourses of Science* (pp. 83-112). Routledge.
- Brites, J., & Fonseca, C. (2014). Cuidados profesionales en el espacio doméstico: algunas reflexiones desde Brasil. *Iconos, 50*, 163-174. FLACSO.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan*. Paidós.
- _____. (2007). *El género en disputa*. Paidós.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR, Sede Ecuador). (1994). *Encuesta demográfica y de salud materna e infantil (ENDEMAIN)*. CEPAR.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR, Sede Ecuador). (2005). *Encuesta demográfica y de salud materna e infantil (ENDEMAIN): Informe Final*. CEPAR.
- Center for Human Services (CHS, Ecuador) (2010). *Definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Salud Pública.
- Clark, K. (2001). Género, raza y nación: la protección a la infancia en el Ecuador (1910-1945). En Gioconda Herrera (ed.), *Estudios de género* (pp.183-210). FLACSO.
- Coalición Nacional de Organizaciones de Mujeres para la elaboración del Informe Sombra al Comité de la CEDAW (CNOMEISCC, Ecuador). (2014). *Informe sombra al comité de la CEDAW*. <https://bit.ly/2VArxvs>
- Ehrenreich, B., & English D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. The Feminist Press.
- Family Care International. (2003). *La atención calificada durante el parto: recomendaciones para políticas*. <https://bit.ly/2Zry6BA>

- Federici, S. (2004). *El Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de Sueños.
- Fernández G. (2010). Cuerpo, espacio y libertad en el ecofeminismo. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 27(3).
- Foucault, M. (1976). *La historia de la sexualidad, la voluntad de saber*. Siglo XXI Editores.
- _____. (1992). *Microfísica del poder*. Ediciones La Piqueta.
- Galcerán, M. (2006). Introducción: producción y reproducción en Marx. En Laboratorio Feminista. (coord.), *Transformaciones del trabajo desde una perspectiva feminista, producción, reproducción, deseo, consumo* (pp. 13-26). Tierradenadie ediciones.
- Hacking, I. (2001). ¿La construcción social de qué? Paidós.
- Ley No. 000. *Ley de Maternidad Gratuita y atención a la infancia* (LM-GYPI). Quito, 9 de septiembre de 1994.
- Míderos, R. (2014). *Atención obstétrica en Ecuador*. <https://bit.ly/31sVm57>
- Ministerio de Salud Pública (MSP, Ecuador). (2008a). *Plan nacional de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal*. Ministerio de Salud Pública.
- _____. *Guía técnica para la atención del parto vertical culturalmente adecuado*. Documento borrador. <https://bit.ly/2YJYTdn>
- _____. (2013). *Norma para el cuidado obstétrico y neonatal esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud, Quito*.
- Naciones Unidas (NU). (2015). *Informe de resultados de los Objetivos del Milenio*. <https://bit.ly/2NK1HBa>
- Organización Mundial de la Salud. (1985). *Tecnologías de parto apropiadas: recomendaciones generales sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé*. Declaración de la Conferencia Internacional de la OMS en Fortaleza, Brasil 1985. <https://bit.ly/2BTqsYV>
- _____. (1999). *Reducción de la mortalidad materna. Declaración conjunta OMS/UNFPA/Unicef/Banco Mundial*. Organización Mundial de la Salud.
- Paredes, J. (2014). *Hilando fino desde el feminismo comunitario*. Editoriales El Rebozo, Zapateándole y Lente Flotante.
- Pateman, C. (1995). *El contrato sexual*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Pérez O. (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Consejo Económico y Social.
- _____. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Traficantes de Sueños.

- Rich, A. (1976). *Nacida de mujer. La crisis de la maternidad como institución y como experiencia*. Noguer.
- Scavone, L. (1999). *Género y salud reproductiva América Latina*. Editorial Universidad de Costa Rica.
- Scott, J. (2011). *Género: ¿todavía una categoría útil para el análisis?* Fondo de Cultura Económica.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES, Ecuador). (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010*. SENPLADES.
- _____. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. SENPLADES.
- Shiva, V. (1995). *Abrazar la vida: mujer, ecología y desarrollo*. Horas y Horas.
- Shiva, V., & Mies, M. (1998). *La praxis del ecofeminismo: biotecnología, consumo y producción*. Icaria Antrazyt.
- Stern, S. (1997). Patriarcado y poder: las dinámicas del género y la estructura de clase y color a finales de la colonia. En Pilar Gonzalbo Aizpuru (Comp.), *Género, familia y mentalidades en América Latina* (pp. 113-125). Universidad de Puerto Rico.
- Svampa, M. (2015). Feminismos del sur y ecofeminismo. *Nueva Sociedad*, (256).
- Thomas, C. (2011). De construyendo los conceptos de cuidado. En Cristina Carrasco, Cristina Borderias y Teresa Torns (Comps.), *El trabajo de cuidados* (pp. 145-176). Catarata.
- Vega, C. (2009). *Culturas del cuidado en transición. Espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*. Editorial UOC.
- Vega, C., & Cielo, C. (2015). Reproducción, mujeres y comunes. Leer a Silvia Federici desde el Ecuador actual. *Nueva Sociedad*, (256).

Entrevistas

- Mamá Eloísa, 10/02/15 (2015, 10 de febrero).
- Lourdes Rojano, 16/06/14 (2014, 6 de junio).
- Lourdes Rojano, 11/12/14 (2014, 11 de diciembre).
- María Guamán, 22/03/15 (2015, 22 de marzo)

II. VALIDACIÓN DE LAS PARTERÍAS TRADICIONALES

EL SABER DE LAS PARTERAS MAYAS DE YUCATÁN: EJE DE CULTURA A FAVOR DE LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS OBSTÉTRICOS Y LAS MUERTES MATERNAS

JUDITH ORTEGA CANTO

INTRODUCCIÓN

Durante mis años de formación en medicina, siempre consideré que la atención del parto en manos de las parteras era un error de las mujeres y sus familias. Entiendo que esta idea se explica porque nunca tuve una clase sobre partería y, tal vez, porque las escasas veces que las parteras fueron mencionadas, se hizo en términos de “quienes no saben y cometen errores por los cuales mueren los bebés o las madres”. No fue hasta que hice trabajo de campo fuera de los servicios de salud oficiales que afloró mi interés por comprender la demanda hacia las parteras: ¿Qué era lo que ellas hacían para infundir confianza y cómo es que sabían atender partos?

Esto coincidió con mi decisión de continuar estudios sobre la salud desde las ciencias sociales y estar embarazada por segunda ocasión. Tuve la oportunidad de desarrollar una investigación que permitió caracterizar los saberes de actores sociales del sistema cultural biomédico y del sistema popular en salud. Este estudio (Ortega Canto, 2006, 2011) dejó en mí un profundo reconocimiento sobre el saber de las parteras y la riqueza cultural maya en salud reproductiva. Estas terapeutas, junto con las mujeres que han sido atendidas

por ellas y en los servicios de salud, así como algunas de sus parejas y los curadores, bien podrían llenar con sus saberes el contenido de un libro sobre obstetricia maya; por supuesto, ubicando aquellas ausencias en el saber de la cultura maya, que sí maneja, en cambio, el saber biomédico.

Una de estas ausencias es la creencia de que las mujeres son fértiles durante el periodo menstrual; otra es que puede darse el embarazo de manera inmediata al parto; una tercera, que, aunque mantienen una alerta respecto de las complicaciones en el periodo puerperal, no mencionan las entidades clínicas o los diagnósticos de dichas complicaciones.

Un elemento notable del estudio fue comprender el papel del modelo médico hegemónico (MMH) en ese proceso ininterrumpido por descalificarlas, desplazarlas y hasta desaparecerlas, sin saber la vulnerabilidad que ello deja en estos grupos de mujeres cuando su sistema protector de representaciones en el imaginario maya se transforma.

En este capítulo, las interrogantes relacionadas con la paulatina desaparición de las parteras en Yucatán son las siguientes: ¿Se trata de un asunto de pura hegemonía biomédica? ¿es válido descalificar un sistema de representaciones sociales que explica el cuerpo de las mujeres y los hombres y su capital biológico para engendrar y procrear? ¿domina un componente misógino y racista en esta postura discriminatoria? ¿a qué se debe la negativa de profesionalizar a las parteras indígenas? Si el sistema oficial en salud cuenta con los recursos cualificados para la atención del proceso de embarazo, parto y puerperio, y la resolución de sus complicaciones, ¿por qué entonces no logra erradicar las muertes maternas? Identificamos dos causas de que se eluda la intervención de las parteras. Una se sustenta en que la información estadística sobre la muerte materna (MM) señala que esta va en descenso sin la intervención relevante de las parteras, pero también indica que la tendencia decreciente es débil, como constata el hecho de que las mujeres continúan muriendo en un número considerable. La otra es atribuible a las relaciones de poder que operan

en los sistemas de salud, que lejos de ser complementarios, cada uno se identifica con un papel diverso en su intervención en la salud de la población rural.

A continuación comparto los elementos sintéticos que caracterizan el saber de las parteras en relación con los procesos reproductivos de las mujeres y su visión integral del cuerpo en el marco de sus relaciones sociales, con el fin de equilibrar las posturas que pretenden desdibujarlas; o bien, sencillamente ignorarlas como grupo calificado en los quehaceres de la maternidad. Tal vez, una última pregunta es si habrá que continuar esperando que la biomedicina “certifique” la capacidad de las parteras, o es una instancia de la sociedad maya a quien corresponde hacerlo. Existen escuelas de partería en México en San Miguel de Allende, Guanajuato; y un proyecto piloto en Oaxaca (Guerrero, 2018). Sus egresadas pugnan por ser integradas al sector oficial, aunque al parecer la aceptación no es regular. Será interesante saber si entre el profesorado de estas escuelas y proyectos piloto están incluidas las antiguas parteras, las de siempre;¹ si su filosofía y objetivos se ubican mayoritariamente en políticas de salud del MMH con raíces en Estados Unidos de Norteamérica;² si todos los docentes comulgan con los objetivos pedagógicos y sociales o laboran únicamente para obtener una plaza y un sueldo extra; y, por último, si el currículo es equilibrado con base en las características culturales y necesidades de salud/enfermedad/atención regionales. En resumen, es necesario hacer una evaluación de la estructura, funcionamiento e impacto socio-sanitario de estos centros educativos y proyectos piloto con características de interculturalidad inadecuadamente aclarada.

¹ La OMS (2005) reiteró la importancia de las parteras para evitar y/o solucionar varios de los problemas presentados durante el parto, reduciendo la mortalidad materna y mejorando la salud de la madre y el recién nacido. En el ámbito mundial, las parteras han evitado 61% de las muertes maternas, 49% de las defunciones fetales y 23% de las neonatales. ¿A qué tipo de parteras se refiere?

² Guerrero refiere, en el artículo anteriormente citado, el apoyo financiero de la fundación estadounidense Mc Arthur a escuelas y proyectos pilotos de formación de parteras profesionales en México.

LOS ANTECEDENTES

Tres elementos son necesarios para comprender desde qué dimensión las parteras mayas han vivido un proceso descalificador: a) En la primera década del siglo XX, la Asociación Médica Americana (AMA) reconoció como la única medicina científica (Friedson, 1978) a la biomedicina, y desplazó a las otras medicinas: homeopatía, quiropraxia, acupuntura y tradicional, entre otras. Se transitó socialmente de un pluralismo médico (Baer, 1989) imperante en el siglo XIX a un sistema único dominante para explicar y atender las enfermedades.

En México, Menéndez (1983) señala que desde los años cincuenta se suscitó un crecimiento de la biomedicina en nuestro país: venta de medicamentos, servicios de salud y la paulatina biomédicalización del saber tradicional y popular. En el marco de las preocupaciones que darían lugar a la Declaración de Alma Ata (1978), el Instituto Mexicano del Seguro Social impulsó el Programa de Adiestramiento para Parteras (1974), con lo cual se inició el proceso hacia la pérdida del liderazgo, prestigio y respeto que estas curadoras tenían en sus localidades. Este liderazgo no solo consistía en la atención del embarazo, el parto y el puerperio; esas mujeres también se habían convertido en guías o líderes en muchos sentidos, principalmente en la construcción de significados sociales en relación con la salud, la sexualidad, la vida reproductiva, las relaciones de género y los mecanismos de protección de riesgos obstétricos y perinatales.

En aquella época, ellas recibieron apoyos económicos para asistir a talleres en puntos estratégicos. Se les proveyó de instrucciones sobre el manejo de tijeras, pinzas y bisturí. En pocas palabras: se les dotó de un botiquín mediante el cual se buscaba la prevención del tétanos neonatal. Asimismo, se les dieron los criterios para identificar las complicaciones del parto y el puerperio. Luego, el mismo Instituto las capacitó como promotoras de medidas anticonceptivas y de esterilización definitiva (la salpingoclasia) en aquellos casos de madres con tres o más hijos, además de como promotoras de la

atención del parto en los centros y clínicas del sector oficial en salud (SSA, IMSS).

Muchas de las parteras narraron vivencias violentas, como la burla por parte del personal oficial de salud por no hablar español o por ser analfabetas. Sin embargo, tenían la obligación de llevar un registro escrito (libreta) de los datos personales y relacionados con la reproducción de las mujeres, las fechas en que las visitaban, la dotación de anticonceptivos y la fecha aproximada y real del parto de cada mujer. De ser mujeres prestigiadas por su capacidad como consejeras para la vida reproductiva y sexual, sus reconocidas prácticas, como la sobada y la amarrada, de atención al parto y vigilantes celosas del puerperio, pasaron a ser promotoras de medidas anticonceptivas y del parto institucional. Perdieron su posición social. En los últimos tiempos, en algunas localidades, mujeres y hombres jóvenes las califican de “hechiceras”. Las parteras de larga trayectoria fueron falleciendo o se escondieron. Se sintieron vigiladas y presionadas por el personal oficial de salud. Desde entonces, en Yucatán ha sido escaso el número de mujeres jóvenes que abrazan este oficio, comparado con otras entidades federativas como Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Veracruz, entre otras.

El Censo Nacional de Parteras Tradicionales por entidad federativa (2007) reporta para Yucatán 125 parteras activas, de las cuales 56 han sido evaluadas y, de estas, 53 se consideran competentes. Los estados con un número importante de parteras son: Chiapas, 3806 con 54 evaluadas y 50 “competentes”; Guerrero, 2562 con 150 evaluadas y 54 “competentes”; Puebla, 1597 con 157 evaluadas y 139 “competentes”; Oaxaca, 1080 con 79 evaluadas y 53 “competentes”.

En la Cumbre del Milenio (2000), los gobernantes del mundo se reunieron en la sede de la ONU en Nueva York para elaborar la Declaración del Milenio. Los objetivos con plazo fijo en 2015 fueron: erradicar la extrema pobreza, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, garantizar la

sostenibilidad del medio ambiente, y fomentar una alianza global para el desarrollo. El compromiso lo hicieron los gobiernos de 189 naciones, algunas asociaciones civiles y la iniciativa privada. La campaña del milenio inició en 2002. Hoy, a 17 años de esta declaración mundial, la mortalidad materna (MM) ha descendido. En el ámbito nacional, la razón de mortalidad materna (RMM) ha disminuido de 89 en 1990, a 51 en 2010 (INEGI, 2011), si bien hay estados como Guerrero, Oaxaca y Chiapas que se mantienen en cifras aún alarmantes. La razón de mortalidad materna para Yucatán es de 50 por 100 000 nacidos vivos (Freyermuth, 2016), aunque se habla de un constante subregistro. La mortalidad materna es un problema de salud pública cuya explicación solo es posible hallarla en la injusticia social y la inequidad, en la falta de acceso a los servicios de salud, e incluso en la violación del derecho de las mujeres a la salud (García Vázquez *et al.*, 2012) y, en general, en la inadecuada estructuración y operación de un sistema de salud incongruente con las diferentes culturas nacionales.

Estudios realizados para Yucatán muestran algunas de las determinantes de la MM. Las muertes maternas ocurren por complicaciones, como la calidad de la atención brindada y de los recursos médicos empleados, que intervienen además de los fenómenos de injusticia social, inequidad y otros más mencionados en el párrafo anterior, en la definición de la MM. Desde este posicionamiento, Méndez y Cervera (2002) realizaron un estudio comparativo entre el parto atendido por médicos y el atendido por parteras tradicionales. La tasa de MM resultó mayor para el parto hospitalario (23,8%) en relación con el parto atendido por parteras (20,2%). Las explicaciones giraron alrededor del uso inadecuado de la tecnología y medicamentos usados en la rutina biomédica, pese a que la OMS desde hace décadas ha alertado al respecto, junto con prácticas de riesgo como la posición de litotomía o ginecológica, el rasurado del vello púbico, la administración de solución glucosada, la inducción química del parto y la episiotomía, y aún así siguen formando parte de la atención institucional del parto (García Vázquez *et al.*, 2012; p. 818).

Rodríguez (2010) refiere un subregistro de las muertes maternas en Yucatán durante el quinquenio 1997-2001, por lo que recomienda un seguimiento más estrecho de estas y servicios de urgencias obstétricas en las localidades para prevenir las muertes; asimismo, la participación activa de la población con el fin de que la comunicación al respecto sea integrada al perfil cultural de la población. Propone la incorporación del enfoque “epidemiológico sociocultural” para los servicios de salud.

LOS SABERES DE LAS PARTERAS: VISIÓN INTEGRAL QUE SE VA PERDIENDO

De un estudio amplio es posible entresacar elementos que pongan en la mesa de discusión si el sistema popular en salud es o no protector de la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Reconstruir el camino que experimenta el sistema de representaciones sociales respecto del proceso reproductivo femenino en el marco de las relaciones de las parteras, con las mujeres y sus parejas, así como con el personal oficial de salud, permite sistematizar lo que la cultura elaboró a través del tiempo, lo que se mantiene, lo que se pierde y los efectos en los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención de riesgos y complicaciones obstétricas (Ortega, 2010). El estudio involucró a tres generaciones de mujeres con sus esposos, y se realizaron comparaciones entre grupos domésticos y familiares. Las entrevistas involucraron a parteras, a mujeres y a sus esposos, a personal de salud y a algunos curadores. En este capítulo se comparten elementos de la etnografía sobre el saber de tres parteras.

Han transcurrido algunos años después de esa experiencia y parece que la tendencia va más allá de desprestigiarlas; parece ser que se pretende desaparecerlas. En Yucatán, el número de parteras queda registrado cuando se trata de parteras certificadas por la Secretaría de Educación Pública. Es por ello que, a manera de defensa de la conservación y reproducción de estas terapeutas indígenas, compar-

to aquí algunos elementos que son parte del sistema de representaciones sociales que ellas elaboraron a través del tiempo, dimensión poco explorada por la medicina oficial.

Una de las parteras entrevistadas (de 75 años) se formó como tal cuando laboraba como personal de intendencia en los antiguos pabellones de “maternidad” en el hospital general de la ciudad de Mérida; entonces tenía 24 años. Ella presenciaba el trabajo de parto de las mujeres en las salas de labor, así como después del parto. Un día, el médico le preguntó si quería atender a una mujer que estaba pariendo y ella aceptó (1941); así se inició en estas lides. Esto sitúa un momento en el que los médicos alópatas reconocían la posibilidad de *otros* como capaces para brindar la atención de un embarazo y parto normales. Otras parteras se formaron ante circunstancias que les fueron colocando en el arte de atender partos, con lo que descubrieron su capacidad y vocación para hacerlo. Otras refieren sueños que les anunciaron que esa sería su misión en la vida.

Las parteras hablan de la vida reproductiva desde la primera menstruación. Manejan el “pasma” como síndrome cultural que informa de *padeceres*, tales como: el pasmo en la adolescente cuando tiene una regla dolorosa; el pasmo en la mujer casada cuando no puede embarazarse; y el pasmo en la embarazada que aborta. Este pasmo generalmente va asociado con el enfriamiento del cuerpo por *vientos*, agua fría o alimentos ácidos. El pasmo también es asociado a fluidos vaginales de diferentes tonalidades y en diferentes etapas de la vida de las mujeres. Todos los pasmos son curados con hierbas medicinales que las parteras saben mezclar en brebajes o batidos calientes, a veces combinados con licor como el *anís* para tomar, u otros para generar *calor vaginal*, sobre todo cuando resuelven casos de infertilidad. La “sobada” y la “amarrada” son la continuidad y el cierre de cada sesión terapéutica. A través de los “pasmos” fue posible identificar el síndrome cultural de la “sangre”, que guía la relación del cuerpo con la naturaleza, sus cuidados, los riesgos, los *padeceres* y sus terapias. Es la sangre la que se enfría y la mujer se pasma. Las parteras saben recomendar el consumo de vitaminas, hierro y analgésicos,

si fuera necesario. Temer a la “maldad” de los hombres y el cultivo del pudor femenino son elementos en juego para cuidar a las jóvenes del embarazo temprano.

Las parteras contaron con la colaboración del yerbero (curador) que también curaba pasmos en mujeres solteras; la lista de padecimientos femeninos atendidos por el curador fue la siguiente: cólicos, diabetes e inflamación, esta última referida a los cuadros de cervicitis o “flujos blancos”. El tratamiento que indicaba para dichas afecciones era un preparado de plantas para lavado vaginal cada segundo día, por nueve aplicaciones. El curador no realiza exámenes ginecológicos, se basa en los síntomas y signos referidos por las pacientes, que son el indicador de la curación.

Las parteras tienen palabras en maya para referirse a los órganos genitales internos y externos, esto es, conocen la anatomía humana. Refieren los significados del embarazo en términos físicos como la “sangre buena” que da cuenta o avisa de la fertilidad de la pareja, así como de la representación de felicidad-responsabilidad compartidas. La recomendación que las parteras hacen a los esposos es que se esmeren en hacerle saber a ellas cuán amadas son. También, las parteras recomiendan a las mujeres jóvenes una condición económica que les permita tener una boda, como garantía de que el varón se ha preparado en alguna medida para asumir una responsabilidad. Un embarazo previo a la boda y un marido sin dinero harán de la maternidad un proceso muy difícil.

El énfasis está referido al bienestar psicoafectivo de la gestante, el cual dependerá de que el marido no genere disgustos. Las parteras tienen un repertorio de recomendaciones para mantener la armonía conyugal. Por ejemplo, si el marido acostumbra a llegar “borracho” habrá que tener paciencia; pero si él tuviera una “mala borrachera” será mejor no dejar que entre a la casa, dado que la embarazada no debe disgustarse. Él deberá protegerla de los disgustos con la suegra u otros. Ahora, si él llega y le propone a su mujer tomar chocolate, será una historia diferente.

Las parteras recomiendan a las mujeres acudir al control prenatal

alópata. Las parteras y los grupos domésticos y familiares reconocen la efectividad de la atención de aquellos partos complicados que requieren de cesárea. Por ello es importante contar con el expediente clínico y tener derecho a la intervención quirúrgica en caso de que fuera necesaria.

Otro eje cultural es el buen o mal embarazo. Para ellas, el embarazo es vida o muerte. De ahí la necesidad de las parteras de saber palpar el abdomen como herramienta diagnóstica para distinguir si el bebé crece, si se mueve, si la mujer tiene algún tipo de malestar por la presentación “atravesada” del producto en la matriz.

El control de las relaciones sexuales dependerá de la propia embarazada, si el deseo se mantiene, o de la misma evolución del embarazo. Es así como las caídas, los golpes, los deseos no cumplidos y el “susto”, este último como otro síndrome cultural, mantienen a las parteras en una alerta constante para dar recomendaciones hacia la embarazada, su esposo y familiares más cercanos, casi siempre la madre, la abuela y la suegra, si las relaciones son cordiales.

El “sobar” adquiere un lugar relevante junto con la higiene nutricia. La “sobada” se practica un promedio de cinco veces durante el embarazo y tiene como cometido proveer bienestar corporal. La partera promueve la relajación física; soba desde los pies hasta la cabeza, y aplica un vendaje que, al retirarse, las mujeres atendidas refieren un bienestar total. Quattrocchi y Güémez (2007) realizaron un estudio exhaustivo en Yucatán sobre el trabajo de las parteras de sobar para “acomodar” órganos internos, sus significados y sus bondades terapéuticas. Observaron que las curadoras buscan fomentar la confianza para que la pareja se sienta confiada, con la certeza de que todo saldrá bien. Advirtieron también que las parejas atendidas reflejaban felicidad y gozo.

Durante el parto, las parteras describen a los hombres como continuidad de los cuerpos de las mujeres. Colocados detrás de ellas, los enlazan con los brazos; ellos “sudán”, “pujan”, “encienden velas”, “rezan”, “hasta lloran y suplican a Dios”, les secan el sudor a sus compañeras y fungen como ayudantes eficientes. En este estudio se observó

la fuerte empatía de los hombres mayas de Yucatán con sus compañeras durante el proceso de embarazo-parto-puerperio. Si bien ellos son campesinos pobres, se manifestó el compromiso que tienen de proporcionarle una buena alimentación a la gestante, así como de evitarle disgustos, cuidarla y colaborar en los quehaceres de crianza y domésticos durante las primeras dos semanas del puerperio.

La descripción del proceso del parto por estas terapeutas es completo. En un primer momento, las parteras refieren los “signos que avisan” y representan por lo general un “buen parto”: la cara de enfermas, de temerosas, algunas llorando cuando son primigestas, los “tapones” mucosos seguidos del escurrimiento sanguinolento y los dolores en la “mala parte”. Las parteras describen todo lo anterior como signos premonitorios de que las contracciones se instalarán. Tienen presagios del sexo del bebé, dependiendo de si los dolores predominan en el “tronco de la barriga” y espalda para el sexo masculino, o si lo son más en la espalda y en los costados, lo que pronostica que nacerá una niña. Observan la sudoración y la palidez. En un segundo momento, ponen en juego sus destrezas como tocólogas para distinguir la dilatación del cérvix y la posición de la cabecita. Poseen la agudeza necesaria para identificar algún riesgo que amerite la atención alópata. La frecuencia de los dolores y el descenso del bebé hasta el canal pélvico auguran un “buen parto”. Las parteras entrevistadas hablan de casos de partos de hasta tres días cuando los dolores no se instalan de manera sostenida. Saben que el bebé se acomodará, que se “está virando”. El periodo expulsivo también puede extenderse de una a tres horas, según su experiencia. El estado de ánimo de la mujer es cuidado con esmero, dado que las parteras consideran que el acobardamiento de la mujer es un factor de riesgo para la vida del bebé. Saben de los malestares de las parturientas de manera amplia, por lo que manejan diversas formas para calmarlas. La parturienta es el centro, todo gira alrededor de ella (comentan las parteras), por lo que hay que reconfortarla a cada momento. La emisión vaginal de abundante líquido les informa que el nacimiento se avecina. Un tercer momento es ya con la presencia del recién na-

cido, y después, el alumbramiento. Las parteras le extraen las flemas al bebé para ayudarlo a respirar y luego le cortan el cordón umbilical con filo o tijeras para luego quemarlo con “vela” y amarrarlo. Después de ello, el bebé es aseado, “fajado” y envuelto con el fin de mantenerlo caliente.

Las parteras consideran que la expulsión de la placenta es un “segundo parto” que puede ocurrir media hora después del nacimiento del bebé, y es también un dolor intenso para la parturienta. La placenta es el “compañero” del bebé, dicen las parteras. Una vez que la placenta es expulsada y revisada, se envuelve con las ropas usadas durante el parto, y es el esposo quien la entierra para evitar que se la coman los perros y para que los niños de la familia no la vean.

Las parteras manejan la clasificación de “parto ideal”, “buen parto” y “mal parto”. Las complicaciones de un parto las tienen perfectamente identificadas: el cordón umbilical enredado, las hemorragias asociadas a restos placentarios, los “ataques” (eclampsia) y la peligrosa placenta previa “que nace antes del niño”. Es así como las parteras se refieren a un “mal parto” cuando se pone en peligro la vida de la madre, la vida del bebé o de ambos. Las recomendaciones para evitarlo son: encomendarse a Dios, el esfuerzo de las mujeres por mantenerse vigorosas, sin miedo, sobarlas durante el embarazo para que el bebé “no se pegue”, y tener confianza en quienes las atienden.

En las entrevistas refieren que nunca se les murió una parturienta, que el aliento que fomentan en ellas es fundamental, así como (durante el parto) darles agua o leche caliente, untarles aceite o ciertas hojas que generan calor al abdomen para mejorar las contracciones. Las parteras están preparadas para llevar a las parturientas, acompañadas de sus esposos, a la clínica más cercana en caso de detectar complicaciones. Cabe mencionar que cuando una complicación obstétrica se muestra en toda su intensidad, el riesgo de muerte se presenta tanto si la mujer está en un escenario con la partera, como cuando lo está en los centros de salud oficiales de primer nivel con un médico pasante en servicio social. Y es que la instrumentación que se requiere es muchas veces inexistente. Tanto la partera como

el médico pasante enfrentan la amenaza de muerte de la mujer si el tiempo de traslado a un centro u hospital de segundo nivel es largo.

Los partos por lo general los atienden en las hamacas. Las mujeres tienen la libertad de levantarse cuantas veces lo necesiten. Lo combinan con una silla que tiene ciertas características para favorecer el descenso de la criatura. Las parteras saben aplicar la maniobra de Kristeller, o “*chan machuca*” (en maya), para ayudar manual y externamente a que el bebé se acomode o quede en posición para salir de la matriz. La casa habitación se organiza para recibir al bebé, aun cuando sus condiciones sean de pobreza extrema. A los niños se les asigna un lugar especial para dormir o estar simplemente, en caso de que el parto sea de noche. La suegra y la madre son las encargadas de preparar los alimentos mientras la partera asiste a la parturienta quien durante todo el tiempo está acompañada de su esposo.

El miedo a la muerte es la representación más común de las mujeres durante el parto. Y las curadoras lo explican ante la intensidad de las contracciones y los momentos en que las mujeres creen que no resisten más. Sin embargo, parteras y parturientas coinciden en que el nacimiento de un bebé es una bella experiencia.

La relación cuerpo-alma es el eje ordenador del parto, y es una experiencia compartida entre la pareja. Si bien el cuerpo de las mujeres tiene la capacidad biológica de parir, la participación masculina es un elemento que favorece que este momento ocurra de la mejor manera y con la ayuda de la partera. Se evidencia una gran sensibilidad para distinguir que el proceso de embarazo-parto-puerperio es una experiencia que debe ser vivida por la pareja. Así, la tradición de la comunidad propicia una masculinidad que por lo menos en relación con los procesos reproductivos de las mujeres es de una fuerte empatía. Sin la más mínima muestra de vergüenza o pudor ante la partera, las mujeres exponen con toda confianza sus partes corporales más íntimas.

Un mal parto es aquel que termina siendo atendido mediante la medicina alópata, vía cesárea. Las parteras consideran que cualquier hecho o circunstancia que cancele o disminuya en las mujeres el de-

seo por bien parir, tiene un efecto negativo que genera distocias. De ahí que tenga lógica el énfasis de las parteras en la vida afectiva durante el embarazo, y al momento del parto, sobre todo cuando no se cuenta con los recursos tecnológicos para resolver tales complicaciones. Para ellas, la cesárea es el final de un “mal parto” y su significado para el cuerpo “cortado” es el de haber sufrido una desvalorización. Por ello, ese cuerpo vulnerado requerirá de una convalecencia prolongada en el tiempo, de manera a que será necesario durante su duración de reconfortar a la mujer para sanar tal lesión. Como ellas dicen, les han provocado una “segunda llaga”.

Las parteras consideran que el puerperio tiene síntomas similares al cuerpo cansado y a los huesos fuera de su lugar, por lo que su tratamiento es análogo. Los baños con hojas medicinales y aromáticas, el descanso necesario, la alimentación, el encierro y otras recomendaciones, son casi un tratado para cuidar con esmero a las recién paridas, con el fin de que recuperen su vitalidad; son mujeres que pronto regresarán a sus actividades, con un integrante más en la familia. Las parteras hacen énfasis en la abstinencia sexual para evitar el embarazo en esta etapa, y hacen hincapié en la vigilancia de signos y síntomas para evitar el “sobreparto” y complicaciones durante un periodo de tres a seis semanas posteriores al parto. Las parteras ayudan para que las mujeres cuenten con la producción láctea adecuada, y previenen el “pasma” en el recién nacido. Este último ocurre cuando la madre no es alimentada adecuadamente como, por ejemplo, cuando consume alimentos fríos o no recién cosechados. Las curadoras se encargan también de mantener la vigilancia del escurrimiento vaginal y de signos como fiebre, diarrea y cualquier malestar que pueda informar de lo que la medicina diagnostica como infección puerperal, o hemorragia posparto. Si bien en este renglón las parteras no hablan de restos placentarios, atonía uterina, posible condición séptica, dejan ver que vigilan los signos relacionados con dichas complicaciones y la claridad de tener que canalizar a la mujer que enferma en este periodo. Esta sensatez salvaguarda la vida de las púerperas. El puerperio termina con la “sobada” y la “amarrada”,

prácticas que muestran el conocimiento de las curadoras en relación con la labor del cuerpo durante nueve meses. El cuerpo que ha parido y que regresará en breve a su amplia variedad de labores domésticas. “Los huesos abiertos deberán reacomodarse”. Ellas refieren que habrá hombres que respetarán las indicaciones de abstinencia sexual y otros que al rato estarán “dentro de la hamaca”.

Con el paso de las generaciones, el embarazo ha dejado de ser un anhelo inmediato en muchas mujeres. Esta actitud ha extrañado a las parteras, pero, en definitiva, en las entrevistas a mujeres de generaciones jóvenes, retrasar o espaciar los embarazos les permite organizar la vida, tener expectativas, gozar de su sexualidad en pareja y definir el momento procreativo y su magnitud. Una bondad de la polémica política anticonceptiva ha sido una confrontación de las mujeres con la Iglesia, que aún recomienda tener los hijos que Dios mande.

Las discontinuidades culturales se han dado en el sentido de que al disminuir y casi desaparecer las parteras en ciertas latitudes, la riqueza cultural compartida en este escrito –aunque de manera sintética–, se pierde. Esto es, las mujeres ya no cuentan con quienes generaban una cohesión alrededor de ellas, quienes vigilaban el bienestar psicoafectivo pensado desde la red de relaciones sociales. No tienen el apoyo de aquellas mujeres a quienes podían acudir para la práctica de la “sobada”, que combinaba una especie de quiropraxia y psicoterapia, para atender las demandas femeninas ante los males físicos propios del embarazo, y de mujeres que en este estado no dejan de trabajar, se cansan, se golpean, sufren tirones musculares. Tienen preguntas respecto de la posición del bebé, del tiempo que les falta, si va bien, de qué sexo será y no cuentan con mujeres con quienes pueden compartir sus emociones, asuntos de la sexualidad, problemas conyugales y familiares. Ya no tienen la escucha atenta de las parteras, que tocan y soban el cuerpo, resultando en un extraordinario valor psicoafectivo. Fue posible reconstruir una intrincada red de representaciones sociales y prácticas que guían un sentido común fomentado por las parteras en la cultura en salud reproductiva

y transmitido a los esposos, madres y suegras.

Estos grupos de parteras y parturientas pertenecen a una colectividad que reconoce que la reproducción va de la mano con la sexualidad y que esta última es la dimensión que se infiltra en los intersticios de los procesos reproductivos femeninos: el acompañamiento de sus parejas masculinas, sus síndromes culturales y las recomendaciones que prodigan estas curadoras.

Agregado a las ausencias anteriores, son muchas más las adolescentes que enfrentan embarazos inesperados. Algunas de ellas ya prefieren la cesárea a un parto normal. Acuden al control prenatal en servicios oficiales de salud sin comprender mucho de lo que los médicos o las enfermeras les comunican. Su relación es transaccional, no existe una identidad cultural que permita una comunicación intercultural basada en la equidad. En mujeres jóvenes o de mediana edad, son frecuentes los cuadros de baja autoestima que terminan en distocias y cesáreas. Algunos casos refieren la presencia de violencia de género por parte de los esposos, propiciada por los médicos que, sin saberlo, dan indicaciones u opiniones a los esposos. Muchos de estos médicos son jóvenes migrantes alejados del saber local; estos imponen los criterios médicos recibidos, anteponiendo la visión biomédica por encima de las tradiciones de las familias. Por ejemplo, en relación con los periodos intergenésicos, las parturientas refieren casos de esposos que violentan a las mujeres por haberse embarazado antes de lo indicado por el médico de la clínica u hospital local, les prohíben ser sobadas y les imponen el parto hospitalario. Los hombres ya no participan en él. También refieren casos de maltrato hacia las mujeres por parte de los médicos y, de manera especial, por parte de las enfermeras que ejercen un poder de dominio sobre ellas, cuando en realidad les toca atenderlas con esmero, como lo harían las parteras. Refieren también que reciben burlas por “la sexualidad vivida al momento de la concepción”, y arguyen que por esta razón deben pagar una culpa al momento del parto.

EL SABER DE LOS MÉDICOS: SU EFICIENTISMO

De las entrevistas a médicos y enfermeras de un centro de salud en una localidad maya en el municipio de Sinanché Yucatán (Ortega, 2011), es claro que el saber de los médicos está construido sobre representaciones sistematizadas y de alta complejidad técnica-conceptual, dada su referencia a la anatomía y fisiopatología de los procesos relacionados con cada momento o etapa de los procesos reproductivos, y que conforma un cuerpo especializado del conocimiento científico. En la relación de consulta que establecen las mujeres y sus esposos con los médicos, la función diagnóstica domina dicho quehacer, para derivar a una práctica de atención. Así, cuando se trata de una mujer que acude a su control de embarazo, los médicos poseen una metodología que impone una rutina a seguir, orientada a la búsqueda de la alteración que pueda provocar un trastorno o informar claramente de un padecimiento. Es la alteración anatomofisiológica la que rige la atención del médico respecto del paciente. Solamente si la mujer o su esposo solicitan atención a algún problema psicoafectivo, es que el médico abrirá un espacio diferente.

El cuerpo femenino es visto desde su comportamiento fisiológico, el cual está basado en los estándares clínicos en los que signos vitales, altura uterina y frecuencia del latido fetal durante el embarazo, por ejemplo, son indicadores de qué tan bien marcha el proceso. Si esta eficiencia se descuidara, el riesgo de que la mujer pudiera sufrir alguna complicación que pusiera en peligro su vida y la de su hijo o hija, impactaría de manera importante como alerta permanente del personal médico. Por ende, el médico vive con tensión cada acto clínico, está predispuesto a mirar a su paciente de manera cosificada. El bebé durante el embarazo, los signos y síntomas que le indican si el proceso de parto se desarrolla satisfactoriamente –esto último con el fin de no perder de vista algún signo de alarma– y la involución del útero durante el puerperio son los ejes alrededor de los cuales los médicos construyen la relación médico-paciente. Los médicos son conocedores de cuánta complicación pueda suceder, junto con las

medidas de atención urgentes. Toda esta carga impide a los doctores representarse a las mujeres más allá de un cuerpo proclive a la gestación, o que ha perdido tal función, aunque su discurso haga siempre mención de la esfera psicoafectiva.

El personal de salud, sean médicos o enfermeras, no explora las representaciones que la mujer maneja respecto a su cuerpo, sus afectos, su relación conyugal, su sexualidad, sus temores, angustias y ansiedades, sus ilusiones, la importancia que para ella adquiere la red de apoyo, los espacios para recibir al recién nacido y las posibilidades alimenticias. Con ello dejan de reconocer que, en su conjunto, estas dimensiones de la vida cotidiana influyen en el proceso reproductivo.

Sin embargo, en las narrativas de estos dos profesionales médicos y una de enfermería, pudo observarse que reconocen la existencia de representaciones populares para con las que nunca mostraron una franca oposición o rechazo y sí condescendencia: una postura conciliatoria y respetuosa. Ello tal vez pueda deberse a que los médicos reconocen que también han heredado representaciones de su grupo familiar, que no coinciden con las de su acervo biomédico.

Si existiera el reconocimiento al saber de los otros, la mirada médica lograría una visión más integral de los procesos y actores de la salud/enfermedad. Un ejemplo es la menopausia; la narrativa de signos y síntomas no fue aplicable a la población femenina a la que atienden. Es claro que el personal de salud conoce el proceso reproductivo, pero desde un lente que limita su interacción con los grupos humanos y una mejor apreciación de los procesos de relación humana involucrados. La cultura médica vigila la vida, lucha contra la muerte y se olvida de que las mujeres no solo enfrentan un cuerpo en constantes transformaciones, sino que dicho proceso va ligado a condiciones sociales determinantes.

La relación de los médicos con los grupos familiares no existe en el sentido estricto del término. Se relacionan con la persona que demanda atención hacia algún órgano en particular, sin reconocer que cada paciente en sí mismo es una construcción social. Los médicos parten de que su saber, por ser “científico”, no requiere de reconocer

el saber de otros, perdiendo de vista que en la concepción del síntoma más sencillo, la interpretación del otro influye en la vivencia de la enfermedad. Si los saberes dominantes como el biomédico desplazan el saber popular, la construcción de los grupos familiares en relación con los procesos reproductivos de las mujeres no son considerados por los profesionales de la salud.

LA PARTERÍA MAYA EN EL SIGLO XXI: PARAR EL RACISMO Y LA MISOGINIA COMO DERECHO INDÍGENA

Han sido las políticas internacionales las que se han tomado como pretexto para despreciar el sistema popular en salud, cuando el país, el sector salud, el sector educativo, las asociaciones de médicos indígenas y hasta los mismos grupos de parteras podrían defender la necesidad de mantener los rasgos de nuestras culturas autóctonas con argumentos a diferentes niveles. La defensa del patrimonio inmaterial cuenta con razones y motivos para su vigencia. Las transnacionales, las agencias internacionales de financiamiento y la pertenencia de la medicina al modelo médico promovido por estas, determinan la marginalidad y discriminación de las parteras mayas bajo el pretexto de su preocupación por las muertes maternas, llamando “científica” a la postura colonialista, racista y estigmatizadora de los saberes y prácticas de las parteras en este país. Menéndez (2017), al referirse a los racismos, considera los mecanismos de exclusión, subordinación, pero también de hegemonía/subalternidad que, de la mano con el pragmatismo del actual orden económico, aseguran la continuidad-discontinuidad del capitalismo. En ese mismo orden de ideas es que el capitalismo se sustenta tanto en el pragmatismo de los líderes políticos, los empresarios y sus intelectuales orgánicos, quienes generan ideologías, aparentemente no políticas, en las que se ubica el racismo. Culpabilizar a las parteras de todas las MM sin sustentos válidos, ¿será racismo también? Ciertamente sí.

Es con base en este señalamiento que la visión hegemónica de la medicina desplaza a las culturas populares de la salud y a sus ac-

tores sociales. Medicaliza el parto, masculiniza la obstetricia y con- vence del riesgo de preservar la cultura maya en salud reproductiva. Estamos entonces ante un “racismo funcional” (Menéndez, 2017) auspiciado por las mencionadas transnacionales y agencias finan- ciadoras, en nombre de las políticas públicas internacionales y na- cionales mencionadas al principio del texto (APA, Capacitación de parteras, Objetivos del Milenio). La manera más inteligente es des- conocer o negar el saber construido por las parteras, por ejemplo. El cientificismo y eficientismo de la medicina hegemónica responde a una ideología de la visión reparadora del cuerpo: el cuerpo como máquina. Solo así se explica que una investigación de corte etno- gráfico no pueda integrarse como texto de consulta, cuando de ser así, los estudiantes de medicina y enfermería algo pudieran apren- der. La materia de antropología médica será vista como una materia de relleno y los estudiantes la vivirán como algo que “solo les quita tiempo”. Estamos también ante lo que Menéndez cataloga como un “racismo científico”. Los intelectuales no nos asumimos como responsables del deterioro del patrimonio material e inmaterial, pero sí nos hacemos cómplices con nuestros silencios. Al alentar las po- líticas neoliberales en nombre de lo que se define como “científico”, “productividad”, “calidad”, “eficiencia”, operamos seducidos por los apoyos sugerentes que ejercen las ofertas extranjeras. Por ejemplo, la agenda de investigación médico-antropológica en relación con la MM y la partería tradicional, ¿se decide en las universidades y cen- tros de investigación nacionales sin la intervención de la Rockefeller, MacArthur, Ford, UNFPA, entre otras?

Aunque la última estrategia sean las escuelas de partería para formar técnicas en partería, estas políticas dan lugar a una profunda preocupación por el proceso de despojo cultural de estas prácticas de probada eficacia. Acaso las mujeres que logren ingresar a estas escuelas, ¿recibirán el legado cultural de las parteras? Entiéndase con ello la relación con un sistema protector que enaltecía la vida de relación, el conocimiento del cuerpo, la relación empática de los hombres para con sus parejas, el consejo genético, los síndromes cul-

turales que alertan lo que hay que prevenir o diagnosticar a tiempo para evitar las muertes de las mujeres.

Las parteras no son seres humanos desechables, son mujeres que se han forjado tal y como lo hacen quienes reciben un título por un oficio o una profesión. Su papel, el de atender a las mujeres de sus localidades, no será suplido por nadie. Si hasta el momento no se ha invertido en la implementación de unidades médicas de primer y segundo niveles de atención, y menos en la contratación de personal médico formado en las universidades y actualmente desempleado, tampoco se invertirá en la contratación de parteras “calificadas” o “competentes”, sobre todo cuando desde ahora no son bien aceptadas por los médicos en los servicios públicos de salud.

Las parteras tradicionales continúan siendo requeridas por las mujeres, a pesar de que el desapego cultural en mujeres muy jóvenes y esposas de migrantes las lleva a preferir el parto institucional por cesárea. Las mujeres que han sido atendidas por parteras con anterioridad confirman su interés de contar con la atención de una partera para un siguiente embarazo (Ortega, 2010; Erosa *et al.*, 2017). Erosa (2017), quien realizó un estudio en varias localidades de Chiapas, de manera específica con mujeres de San Juan Chamula, señala que, aunque las mujeres han armonizado con los servicios de salud, mencionan su preferencia de ser atendidas en casa y en manos de las parteras, con la aclaración y advertencia de que irían a los servicios de salud en caso de presentarse una complicación al acercarse el parto.

Si las mujeres siguen muriendo a causa del proceso fisiológico del parto en las localidades donde no cuentan con las parteras, no se explica cómo es que se sigue pensando que son estas las causantes de las muertes maternas e infantiles. Las “barreras” constituidas por la condición socioeconómica y política de las mujeres es efecto y causa de que no tengan manera de resolver las complicaciones y problemas asociados al proceso reproductivo, los cuales están bien identificados y son resolubles.

Por sí mismos, ante lo que refleja la información, es urgente so-

meter a discusión si el desplazamiento de las parteras y sus saberes deben quedar en el olvido, o bien si la eficiencia cultural tiene aún un peso en la eutócica del parto, en el control local del embarazo, la prevención de riesgos alrededor del nacimiento o la etapa puerperal, y el papel de las redes sociales protectoras de la salud, desde la menarca hasta la menopausia, y la concepción misma.

Se han hecho esfuerzos por integrar a las parteras a los servicios de salud, sin embargo no han dado resultado. A algunas parteras tradicionales les han puesto consultorios dentro de centros y hospitales. Ahora, si lo que este escrito comparte es desconocido por el personal biomédico, entonces se continuará viendo a la partera como a alguien a quien, desde la condescendencia, se le permite estar. Cómo considerar que pueden tener habilidades, destrezas, capacidades y una gran sensibilidad, grupos de mujeres indígenas, pobres, analfabetas muchas de ellas, y que no han recibido formación certificada de una universidad. Imposible.

Ahora bien, ¿para quiénes pueden resultar valiosas las parteras? La respuesta es: para los grupos socioeconómicos y culturales que comparten con ellas una visión del mundo, la vida misma. Por eso integrarlas y “capacitarlas” por parte del sistema oficial de salud han sido las dos maneras de legitimar un Estado que desconoce las culturas de los pueblos originarios y que no toma en cuenta el sentir de las poblaciones para definir sus políticas públicas.

Los planteamientos de los Objetivos del Milenio son mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil, pero no abatir las cesáreas, dado que afectaría los intereses del mercado de la medicina moderna, en este caso, el consumo desmedido de medicamentos anestésicos, sedantes, antibióticos y de tecnología, entre otros. Los cuerpos de las mujeres son motivo de un gran consumo y de grandes ganancias. Si bien la práctica de la cesárea está indicada como último recurso ante un embarazo de alto riesgo que de seguir su curso natural (vía vaginal) pone en peligro la vida de la madre y el niño, a partir de 1990 se convirtió en una práctica predominante. Ante ello la OMS entonces recomendó lo que sería la Norma Oficial Mexicana

en la cual establece que el índice recomendado de cesáreas es de 15% para los hospitales de segundo nivel y de 20% para los hospitales de tercer nivel. En 1999 en las entidades federativas la cesárea superaba el 30%. En ese mismo año, los partos por cesárea en hospitales y clínicas privadas superaron el 53% de los nacimientos en el país, 68,8% en 2007, y de 80 a 85% en 2009 (García Vázquez *et al.*, 2012, pp. 819-820).

Ambos sistemas de salud –biomédico y popular– tienen saberes propios. Identificar elementos sustanciales pensando en la riqueza de cada cultura en salud puede ser la pauta para dar social y políticamente el lugar que les corresponde en materia de equidad cultural. El sistema biomédico y oficial no invertirá lo necesario para cubrir las necesidades en salud en términos generales, y en salud reproductiva de manera particular. La tendencia a la semiprivatización del sector salud así lo anuncia. A lo mejor, en Chiapas se cree que con formar parteras profesionales se abatirán las muertes maternas, cuando se sabe que ello depende de una amplitud de factores tales como las condiciones sanitarias, el nivel nutricional y la salud de las madres. Argüello-Avendaño y Mateo-González (2014) refieren que Guatemala y Bangladesh son países que cuentan con algunas de las experiencias más exitosas en el trabajo de capacitación e integración de parteras tradicionales en los sistemas de salud. Los resultados quedan reflejados en la razón de mortalidad materna (RMM). Este análisis lo hacen ubicando países con cifras similares de parto atendido por personal cualificado. Así, ubican a Guatemala y Sierra Leona con cifras de atención con personal cualificado en torno de 40%-41% y 42%-14% y una RMM de 110 y 970, o Bangladesh 18% y Afganistán 14% con una RMM de 340 y 1400. Bien vale la pena conocer a detalle estas experiencias y analizar si son culturalmente viables para México en general o para Yucatán en particular.

Las bondades de un saber técnico eficientista comparado con las de una visión integral demostrarían que este último resulta más efectivo para la población. Para ello sería necesario que a cada sistema cultural en materia de salud se le otorgaran responsabilidades,

apoyos y reconocimientos por igual. Cómo lograr las pretensiones de una medicina integral desde la biomedicina si la salud-enfermedad de las mujeres es vista y atendida desde una posición de poder en cuanto a saber, la cual aísla a las mujeres de las circunstancias de su contexto y de los actores con ellas involucrados. La práctica médica debería reconocer que se está limitando a la función técnica de tratar de disminuir las muertes maternas e infantiles, y que está dejando de atender la reproducción humana considerada como un proceso en el que en ese proceso biológico reproductivo inciden determinante-mente una gran diversidad de factores de la realidad social.

Solo el reconocimiento de cada saber, fundamentalmente desde el biomédico hasta el popular, hará posible que puedan darse servicios de atención más empáticos, más humanos, y que la formación de parteras, como patrimonio cultural, prevalezca en el tiempo con los conocimientos y prácticas de la medicina maya. Los esfuerzos y estudios con dichos propósitos no buscan volver a evaluar la efectividad de las prácticas populares, sino anclarlas o restituirlas a la cultura de la que forman parte.

Caracterizar etnográficamente el racismo es uno de los caminos para cobrar conciencia de este, tanto en la vida cotidiana como profesional e intelectual. Negarlo o naturalizarlo es darle carta de perpetuidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Argüello-Avendaño, H.E., & Mateo-González, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR*, 12(2) jul-dic.
- Baer, H.A. (1989). The American dominative medical system as a reflection of social relations in the larger society. *Social Science & Medicine*, 28, 1103-1112.
- Erosa Solana, E., Morales Domínguez, M. Meneses Navarro, S. (2017). Preferencias y toma de decisiones para la atención del embarazo y parto en municipios indígenas de Chiapas. Una aproximación desde la antropología médica aplicada. En *Salud y mortalidad materna en México*. Colección México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Freyermuth, G. (2016). Determinantes sociales en la mortalidad materna en México. *Rev Conamed*, 21(1), 25-32.
- Friedson, E. (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Ediciones Península.
- García Vázquez, I., Moncayo Cuagliotti, S.E., & Sánchez Trocino, B. (2012). El parto en México, reflexiones para su atención integral. *Ide@s CONCYTEG*, 7(84), 811-844.
- Guerrero, A. (2018). *Dar a luz con una partera ¿transgresión o derecho?* CIMACNOTICIAS. Periodismo con perspectiva de género. México. <https://bit.ly/2YP2N4X>
- Quattrocchi, P., & Güémez, M. (2007). *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*. Asociación de Investigaciones Etnoantropológicas y Sociales de Trieste; Unidad de Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi de la Universidad Autónoma de Yucatán; Unidad de Ciencias Sociales y Humanidades Mérida; Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán; Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Delegación Yucatán, México.
- Menéndez, E. (1983). *Hacia una práctica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. CIESAS.
- _____. (2017). *Los racismos son eternos, pero los racistas no*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Méndez-González, R.M., & Cervera-Montejano, M.D. (2002). Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y

- tradicional. *Salud Pública Mex.*, 44(2), 129-136.
- Ortega Canto, J. (2006). Géneros y generaciones: conducta reproductiva de los mayas de Yucatán, México. *Salud Colectiva*, enero-abril, 2(1) 75-89.
- _____. (2010). *Género, generaciones y transacciones. Reproducción y sexualidad en mayas de Yucatán*. El Colegio de Michoacán, A.C.
- _____. (2011). Miradas entre biomédicos y parteras mayas: el proceso reproductivo femenino. En *La antropología médica en México. Revista della Società Italiana di Antropologia Medica*. ARGO.
- Rodríguez Angulo, E. (2010). Epidemiología sociocultural de las defunciones maternas en Yucatán, México. En *Voces entretejidas*. Textos de la Red de Estudios de Género de la Región Sur-sureste de la ANUIES. UADY, IEGY, ANUIES, Indesol, Sedesol.
- Rodríguez Angulo, E., Andueza Pech, G. y Montero Cervantes, L. (2012). “Un abordaje cualitativo de las defunciones maternas en Yucatán, Tizimin, México”. *Alteridades*. 22(43), 145-158. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172012000100010&lng=es&ting=es

Documentos

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). *Encuesta nacional de la dinámica demográfica (ENADID)*, México.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Informe sobre la salud en el mundo*.

**RESISTIR A LA MEDICALIZACIÓN INNECESARIA.
LA EXPERIENCIA DE LAS PARTERAS MAYAS DE YUCATÁN
(MÉXICO)**

PATRIZIA QUATTROCCHI

ANTECEDENTES, OBJETIVOS Y CONTEXTO

A partir de los “Objetivos del Milenio” en adelante, las parteras indígenas en todo el mundo han visto cuestionado su papel y saber en la atención del embarazo, del parto y del puerperio, por no cumplir con la definición de “profesional calificado” –que ha sido empleada por la Organización Mundial de la Salud– y por no ofrecer, por lo tanto, un parto considerado “de calidad” (WHO, 2004).

Este trabajo pretende mostrar que la *sobada* prenatal efectuada por las parteras mayas yucatecas a las mujeres embarazadas –práctica muchas veces devaluada o considerada una simple “creencia” por el observador externo (sea el médico, el funcionario u otra persona que desconoce la concepción local del cuerpo, del proceso reproductivo, y de la salud y la enfermedad)– expresa, al contrario, múltiples significados. Estos tienen que ver tanto con la elaboración y transmisión de los saberes locales sobre el cuerpo y la reproducción como con la capacidad de resistencia cultural de estos saberes frente a conocimientos cada vez más globalizados y hegemónicos, como son los de la biomedicina.¹

¹ Parte del presente capítulo se ha publicado en italiano, con el título *I mille volti della sobada*.

La refuncionalización de la sobada frente a la medicalización del proceso reproductivo que se analiza en el trabajo permite reconducir el tema de la “calidad” del parto y de la partera que lo atiende desde múltiples dimensiones (bio-psico-sociales y culturales) que caracterizan este proceso. Estas dimensiones no son contempladas en una definición de “profesional calificado”, ajena a la comunidad, y enfocada desde una visión técnica y reduccionista.

La reflexión surge a partir de las experiencias de investigación antropológica y de investigación-acción participativa desarrolladas en Yucatán entre los años 2000 y 2009. En una primera etapa (2000-2005), trabajé en la comunidad de Kaua, en el oriente del estado de Yucatán, empleando una metodología cualitativa de corte etnográfico. En el transcurso de la investigación, realicé entrevistas abiertas y en profundidad a parteras, mujeres, hombres, profesionales de salud, funcionarios y académicos; observación y observación participante; y recopilación de un diario de campo. El resultado de esta investigación fue el trabajo titulado *Mujeres y salud reproductiva en un pueblo maya de Yucatán: el caso de la sobada*, que se presentó como tesis doctoral en Etno-Antropología en la Universidad de Roma La Sapienza en 2005.

En una segunda etapa (2005-2009), traduje los resultados de la investigación académica² en un proyecto de investigación-acción-formación, coordinado por la autora y por el antropólogo yucateco Miguel Güemez Pineda. El proyecto de cooperación internacional Italia-México titulado *El tiempo de la sobada. Saberes y prácticas del parto en un pueblo maya de Yucatán*³ tuvo como ob-

Saperi riproduttivi e pratiche di resistenza nello Yucatán contemporaneo (Quattrocchi, 2010).

² Otro producto, además de la tesis doctoral de la autora, fue la tesis del co-cordinador del proyecto, Miguel Güemez Pineda, que se titula Representaciones y prácticas sociales ante las complicaciones del ciclo reproductivo en una comunidad del sur de Yucatán.

³ El proyecto ha sido apoyado por cuatro instituciones mexicanas situadas en Mérida, así como por once instituciones italianas: la Unidad de Ciencias Sociales (UCS) del Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY); el Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales (CEPHCIS) de la Universidad Autónoma de México (UNAM); el Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán (Indemaya); la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI)

jetivo contribuir a mejorar la comunicación entre personal de salud, parteras y mujeres indígenas a través de estrategias innovadoras de matriz intercultural. Como parte del proyecto se produjeron distintos materiales didácticos, surgidos de las investigaciones previas y de las investigaciones realizadas durante la primera etapa del proyecto: el libro *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy* (Quattrocchi & Güémez Pineda, 2007), con resultados de investigaciones; el video-documental *Sobada: el don de las parteras* (Vidoemante, 2007), que se editó en español-maya e italiano; y la exposición fotográfica itinerante *La casa y la cura. Las experiencias de las parteras de Kaua, Yucatán*, que incluye 25 fotografías con textos en español, maya e italiano. Los materiales se realizaron para ser empleados en talleres de sensibilización y seminarios dirigidos a trabajadores de la salud (médicos, pasantes, enfermeras y trabajadores sociales), parteras y curanderos. Durante la tercera etapa del proyecto, se diseñó y realizó el curso-taller *Hacia un enfoque intercultural de atención a la salud reproductiva* (2008), dirigido a profesionales de la salud, parteras y terapeutas locales. El curso-taller se realizó en trece ocasiones en Mérida y en otros lugares del estado de Yucatán, con la colaboración de los Servicios de Salud de Yucatán.

Cabe destacar que a partir de 2008, los Servicios de Salud de Yucatán decidieron utilizar el libro y el documental en los programas institucionales de capacitación del personal de salud. El volumen se ha difundido en los centros de salud del estado y hasta la fecha ha sido utilizado, junto con el video, en distintas actividades formativas (Quattrocchi & Güémez Pineda, 2014).

Una década de trabajo con las parteras, las mujeres mayas y los profesionales yucatecos de la salud suscita preguntas, más que ofrece

Delegación Yucatán; Associazione di Ricerche Etno-Antropologiche e Sociali (AREAS), Vidoemante onlus, IRCSSBurlò Garofolo, Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia dell'Università di Trieste, Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università di Trieste, Collegio Ostetriche Professioniste di Udine e Pordenone, Associazione Culturale Togunà, Trieste, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Scuola Elementale di Arte Ostetrica, Firenze, Centro Studi Americanistici "Circolo Amerindiano", Perugia, Istituto di Sociologia dell'Università di Urbino y con el apoyo del Gobierno de la Región Friuli Venezia Giulia.

respuestas. ¿Hasta qué punto es posible el diálogo y el intercambio entre visiones y prácticas distintas? ¿Quién tiene el poder de legitimar y deslegitimar saberes, prácticas y conocimientos? ¿Y a través de cuáles dispositivos es posible resistir contra procesos hegemónicos de desvalorización o de desplazamiento de un saber hacia el otro? Estas preguntas guiarán las reflexiones que siguen. El fin es destacar, a través del discurso y de la práctica de las parteras con respeto a la sobada, un interesante ejemplo de elaboración de un dispositivo de resistencia cultural y profesional, capaz de defender una visión propia del embarazo, del parto y del nacimiento, y de mostrar que la sobada desempeña un papel social insustituible en las comunidades mayas de Yucatán.

Kaua se encuentra en el oriente de Yucatán, a una distancia de 125 km de la ciudad de Mérida, capital del estado. Cuenta con 3 119 habitantes. Más de 90% de la población es mayahablante y la mayoría es bilingüe (INEGI, 2010). Se considera un municipio de alta marginalidad; ocupa el octavo lugar en marginalidad entre los 106 municipios yucatecos.

Kaua pertenece a la zona milpera, un área tradicionalmente agrícola en la que los frijoles, el maíz y la calabaza representan los productos principales de la agricultura de subsistencia y los ingredientes en los que se basa la dieta local. La cercanía al sitio arqueológico de Chichén Itzá y los rápidos procesos de cambio que se están produciendo en todo el estado han ido dejando el trabajo en el campo cada vez más en manos de la generación de los padres y abuelos, mientras los jóvenes se dedican de manera creciente al sector terciario, al turismo y a las oportunidades que ofrece la migración hacia la costa caribeña o Estados Unidos.

El extremado dinamismo de la sociedad yucateca en su conjunto es un elemento fundamental cuya importancia debe tenerse en cuenta para comprender los complejos procesos sociales que afectan —entre otros ámbitos— también a la salud, y en los que cuestiones como la identidad, las jerarquías, las relaciones de poder entre géneros, generaciones y saberes se reelaboran y renegocian continuamente.

te (Ortega Canto, 2010).

La oferta de salud pública está representada por el centro de salud abierto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1979, gracias al programa “Solidaridad”, puesto en marcha a nivel nacional a mediados de los años setenta para prestar servicios sanitarios en zonas rurales y asistir a la población desfavorecida.

La clínica consiste en un pequeño edificio situado en la plaza principal del pueblo y consta de una sala de espera, dos estancias destinadas a las consultas o las urgencias y una habitación donde se aloja el denominado “médico pasante”, que ha terminado sus estudios, pero antes de obtener su título tiene la obligación de prestar un año de servicio social en algún lugar del país, incluyendo las áreas rurales. Al término de ese año, deja la comunidad, por lo que la enfermera local queda a la espera de un nuevo médico pasante.

De la resolución de los problemas de salud se encargan otros diversos especialistas, entre los que se cuentan parteras, hueseros, yerbateros y *jmeen*.⁴ Son profesionales a los que se recurre en caso de enfermedades concretas para las que se considera que la biomedicina es ineficaz; o se les consulta de manera complementaria, dando así pie a una situación de intenso pluralismo médico, en el que el paciente y su familia eligen de manera pragmática y consciente la vía que en ese momento les resulta más eficaz (Zolla et al., 1992; Menéndez, 1992).

La atención combinada (o asistencia mixta) que caracteriza en general los itinerarios terapéuticos afecta también las trayectorias reproductivas. Para ocuparse de la salud reproductiva de las mujeres del pueblo están los trabajadores del centro de salud, los puntos de referencia sanitaria de los hospitales cercanos (el hospital de Valladolid se encuentra a unos 30 minutos de Kaua y el hospital de Ixamal a una hora aproximadamente) y las parteras.

Durante el embarazo, el papel de los hospitales es secundario y la

⁴ Los *jmeen* son los especialistas vinculados al orden simbólico-ritual. Se recurre a ellos ya sea para un tratamiento terapéutico (por ejemplo, para alejar a los entes negativos) o en las celebraciones del calendario agrícola (como la del *cha' chaak* para invocar a la lluvia y la de la recolección de la cosecha).

mayoría de las mujeres no entra en contacto con estas instituciones, a menos que tenga un problema concreto. El hospital se convierte en un elemento presente en el itinerario de las mujeres embarazadas solo en el momento de elegir el lugar en el que dar a luz, que normalmente sucede cuando se acerca el momento del nacimiento. El papel del centro de salud y de las parteras está, en cambio, mucho más definido. La confirmación del embarazo, por ejemplo, generalmente se hace a través de la partera, a quien la mujer acude cuando observa un retraso del ciclo menstrual. La terapeuta efectúa su diagnóstico palpando el vientre con las manos y localizando una *bolita* que indica el inicio de la gestación. Al mismo tiempo, la mujer informa de la aparición de síntomas (náuseas, falta de apetito, cansancio inusual y palidez) que pueden ser indicativos del nuevo estado. En caso de que se confirme el embarazo, a menudo es la misma partera la que invita a la mujer a someterse a consulta médica, y en algunos casos la acompaña. La desnutrición y la anemia son los problemas más comunes que pueden afectar a la mujer embarazada. En la clínica la pesan y analizan su sangre y orina. Muchas veces durante la primera visita el doctor receta unas vitaminas, habla con la mujer sobre sus costumbres alimenticias, y la invita a comer fruta y verdura.

Según los programas institucionales, lo ideal es que la relación con el centro de salud continúe con visitas mensuales. Sin embargo, en la práctica la mayoría de las mujeres no visitan la clínica con esa regularidad, sino solo dos o tres veces durante los nueve meses. También hay algunas mujeres que no tienen ningún contacto con las estructuras sanitarias durante el embarazo, y cuyo seguimiento antes, durante y después del parto lo realizan exclusivamente las parteras. Sin embargo, se trata de un número exiguo: en Yucatán, como en los demás estados mexicanos, la creciente medicalización del parto es evidente. Lo anterior se deduce no solo de las continuas iniciativas de las instituciones sanitarias para “poner al día” a las parteras indígenas con respecto a la fisiología y los riesgos del parto⁵, sino también de

⁵ Los cursos de capacitación dirigidos a las parteras se iniciaron de manera masiva en México a partir de los años setenta. Se trata de jornadas de formación (cuya media es de 3-4 días), en las

los comportamientos comunes al *establishment* médico yucateco que, en general, no considera a las parteras locales capaces de asistir a las mujeres de manera “segura” y, por tanto, trata de disuadir a las mujeres de que recurran a ellas. Por otra parte, el énfasis en el “parto seguro” y la deslegitimación del personal considerado “no cualificado” (como las parteras tradicionales) son temas ampliamente estudiados también por parte de las instituciones internacionales. En numerosos documentos relativos a la Declaración del Milenio –sobre todo del Objetivo del Milenio número 5, que se ocupa de la salud reproductiva– se subraya que el parto debe ponerse en manos de “personal cualificado” (WHO, 2004). La cualificación se reconoce y se calibra, pero se hace exclusivamente desde el punto de vista biomédico, sin preguntarse qué significan realmente “calidad” y “seguridad” en contextos sociales y culturales totalmente distintos a aquellos en los que se han acuñado los parámetros y directrices (Quattrocchi, 2007). El caso yucateco muestra, por ejemplo, cómo en la práctica cotidiana de las mujeres mayas esos términos no solo se asocian a aspectos técnicos (entornos higiénicos adecuados o tecnología disponible, por ejemplo), sino también a aspectos pertenecientes al ámbito social y cultural (como ser asistida por una mujer que habla el mismo idioma y que comparte la misma concepción del cuerpo y de la reproducción, la presencia de los familiares, el ambiente cómodo del propio hogar, la posibilidad de enterrar la placenta de acuerdo con la costumbre, etc.). Todos estos elementos son a veces infravalorados desde una perspectiva puramente biológica y organicista, en la que a menudo el cuerpo de la mujer (y no la mujer) es *el objeto* de interés y de intervención (Davis-Floyd, 1992; Davis-Floyd & Sargent, 1997).

Durante mi trabajo con las nueve parteras de Kaua⁶ he podi-

que se da información a las parteras sobre los protocolos higiénico-sanitarios, la fisiología del parto y los riesgos reproductivos. Los elementos positivos y negativos (entre estos últimos, la escasa eficacia de metodologías didácticas, a menudo ajenas a la formación empírica a la que están habituadas las parteras, y la insuficiente utilización de las lenguas indígenas) de dichos cursos han sido ampliamente estudiados tanto en México como en otros países (Véanse Kelly, 1956; Cosminsky, 1982; Jordan, 1983, 1987; Sesia, 1996; y Güémez Pineda, 1997, entre otros).

⁶ Después de entrevistar a todas las parteras, a lo largo de los años de investigación se profundizó la relación con cuatro parteras: doña Socorro, doña Sofía, doña Anita y doña Evangelina, a

do darme cuenta, al contrario, de cómo mediante sus saberes y sus prácticas –sobre todo a través de la sobada– las mujeres mayas consiguen todavía hoy defender y reafirmar un enfoque más integral y fisiológico acerca del proceso del nacimiento, en consonancia con sus propios valores de referencia. Al mismo tiempo, he comprendido hasta qué punto sus saberes están arraigados y cómo son capaces de revisarlos continuamente según las nuevas exigencias y expectativas del sistema médico, de las mujeres embarazadas o de su comunidad.

LA SOBADA: FUNCIÓN Y SENTIDO

En lengua española el verbo “sobar” indica la acción de manipular, manejar, palpar (Real Academia Española, 1992). En Yucatán el término es usado para indicar una manipulación peculiar del cuerpo, práctica que requiere de un largo aprendizaje y un conocimiento profundo del uso de las manos. Para indicar tal manipulación también se utiliza, aunque con menos frecuencia, el término “tallar”, que literalmente indica la acción de esculpir, labrar, hacer incisiones (Real Academia Española, 1992), pero no se usa nunca el vocablo genérico “masajear”.

La distinción entre “sobada” y “masaje” parece estar presente también en la lengua maya yucateca, en la que el término *yoot'* (o *yeet'*, según una variante regional del sur del estado) se utiliza para indicar la sobada, mientras el término *páats'* indica un masaje ligero (Cordemex, 1980). Esto confirma que la sobada no es un masaje cualquiera ni siquiera desde el punto de vista terminológico. Para comprender mejor la peculiaridad de esta práctica es necesario examinar otros dos términos ampliamente usados para referirse al cuerpo o a sus partes; se trata de los verbos “componer” (*utskinaj*) y “descomponer” (*k'askunaj*). El primero indica la acción de poner varias cosas o personas juntas adaptándolas; formar, arreglar, ordenar, acomodar, ajustar. El segundo, por el contrario, se refiere a acciones

quienes agradezco de corazón por su tiempo, paciencia y afecto.

opuestas como desarmar, desordenar, deshacer, separar (Real Academia Española, 1992).

Ambos términos se utilizan a menudo en relación con la localización de los órganos internos. De un órgano se puede afirmar que está “compuesto”, es decir en su lugar, en orden o bien o, por el contrario, decir que está descompuesto. En la representación que los habitantes de Kaua tienen de su cuerpo, la idea de orden aparece fuertemente referida y se expresa en la necesidad de posicionamiento y alineación de las partes internas del cuerpo con respecto a coordenadas precisas. La idea fundamental es que el cuerpo se presenta como un sistema integrado en el que cada órgano tiene una posición propia que debe ser mantenida; de este modo se preserva el estado de salud. El orden interno remite no solo al posicionamiento correcto de los órganos, sino también a su alineación con el *tip'te'* (en lengua maya yucateca) o “cirro” (en español) un órgano que, según los habitantes de Kaua, se encuentra debajo del ombligo y cuya vitalidad puede ser percibida hundiendo los dedos en el ombligo para saber “si brinca” (Villa Rojas, 1980; Cooper, 1993; Quattrocchi, 2004). Se trata de un órgano muy importante que, cuando se desplaza, provoca un desequilibrio general del cuerpo, además de una enfermedad específica a la que se hace referencia con la expresión “tener el cirro”.

La representación ideal de un estado de equilibrio del cuerpo no encuentra un equivalente en el cuerpo vivido cada día pues sucede que, en la vida cotidiana, por diferentes motivos, los órganos “se mueven”. En palabras de una de las parteras de Kaua, doña Sofía, “todo lo que está dentro el cuerpo se gira, todo por dentro se gira”. La movilidad de los órganos (concebida como un “desorden” que hay que restaurar) está siempre relacionada con un evento concreto. En la mayoría de los casos se trata de una caída brusca o de un sobreesfuerzo físico importante que no permite que el cuerpo se mantenga en equilibrio. Por ejemplo, un órgano se mueve mientras se alzan cosas pesadas, como una cubeta llena de agua o de maíz, por una caída de la hamaca, mientras se trabaja la milpa o se hacen esfuerzos durante el parto. El desplazamiento de un órgano no incide solo en

la percepción de la conformación del cuerpo, que se desordena o descompone, sino que provoca malestares y enfermedades de distinta naturaleza, que desaparecen solamente cuando el mismo órgano es regresado nuevamente a la posición considerada correcta, a través de una sobada.

En Kaua se efectúan distintos tipos de sobadas: algunas ligadas al ciclo reproductivo y efectuadas exclusivamente por las parteras (sobada durante el embarazo, sobada durante el puerperio, sobada para tratar el “pasma”, sobada para componer el útero o “fallo de matriz”, sobada ante un aborto espontáneo); otras componen otras partes del cuerpo y son efectuadas ya por las parteras, ya por los sobadores (sobada para componer el “cirro”, sobada para componer otros órganos: barriga, intestinos, tendones, sobada para el empacho). En este caso, los pacientes y pueden ser mujeres, hombres y niño/as (Quattrocchi, 2006).

En este trabajo me enfocaré en la sobada durante el embarazo, que es uno de los cuidados más importantes a los que la mujer embarazada debe someterse.⁷ La práctica casi no se pone a discusión en Kaua, ni siquiera entre las mujeres más jóvenes o por quienes dan a luz en el hospital.

A partir del tercer o cuarto mes de embarazo, las mujeres acuden una vez al mes a la partera para asegurarse que su bebé se encuentre en la “posición correcta”, es decir, en el centro del vientre y con orientación cefálica.⁸ La idea de que durante el embarazo el niño se mueve en el vientre materno es un dato fisiológico del que las parteras y las mujeres son conscientes, pero esta movilidad asume una relevancia particular pues se relaciona con la idea general de la movilidad de los órganos y de las partes del cuerpo, que caracteriza

⁷ Varios autores mencionan la sobada, presente en distintas áreas de México (Cosminsky, 1982; Jordan, 1983; Paul, 1974; Villa Rojas, 1977, 1980; Elmendorf, 1973; Redfield & Villa Rojas, 1962; Redfield, 1977; Modena, 1990; Sesia, 1998; Appel Kunow, 2003). Sin embargo, en la mayoría de los estudios no se analiza esta práctica en sus distintas tipologías y funciones.

⁸ Las parteras no distinguen entre “posición” y “presentación cefálica” en las últimas semanas del embarazo. Con el término “posición correcta” ellas suelen indicar tanto la orientación de la cabecita “por abajo” durante el embarazo, como la presentación cefálica hacia el canal del parto en las últimas semanas antes del parto.

la visión local. Igual que los órganos internos, también el niño se mueve, principalmente por exceso de trabajo de la madre durante el embarazo, sobreesfuerzos o caídas bruscas.

Para determinar la posición del bebé, las parteras presionan el vientre de la mujer y detectan la cabecita. Si esta está “afuera de su lugar” es necesario componer al bebé, es decir, llevarlo hacia el centro del vientre con la cabeza hacia abajo. El reposicionamiento se produce a través de la manipulación y arrastre del bebé, y puede durar 40-60 minutos o más.

Al igual que las otras sobadas, la que se efectúa para componer al bebé se hace en el suelo, sobre un cobertor o una sábana. La mujer se recuesta en posición supina y la partera se ubica a su lado, sentada sobre un banquillo. Esta se unge las manos con un poco de aceite e inicia diagnosticando la posición de la cabeza. La sesión comprende también un masaje en otras zonas. La partera levanta las piernas de la mujer para poder masajearlas de abajo arriba. Luego siguen los brazos, los hombros, la espalda y la cabeza, que se hace rotar hacia la derecha y la izquierda. Se trata de una especie de *stretching* de los músculos, que las mujeres encuentran relajante.

En general, la sobada mensual tiene un carácter preventivo. Las mujeres se someten a la palpación del vientre para saber cómo está el bebé, sin que necesariamente este se encuentre “fuera de lugar”. En realidad, la mayoría de las veces las parteras encuentran una posición que consideran “incorrecta”, que se explica por los esfuerzos habituales que la mujer realiza durante sus labores cotidianas. Si la partera localiza al niño en posición central, procede de todos modos a sobar, con la intención de mantener la posición del bebé. El masaje entonces puede durar menos. En algunos casos, la partera detecta malas presentaciones del bebé como, por ejemplo, la podálica o “sentado” y transversal o “atravesado”. En estos casos, también se efectúa la sobada, con el fin de reubicar poco a poco (de mes a mes) al bebé, hasta que sea colocado en la presentación adecuada para nacer de manera natural. La palpación del vientre tiene, en este sentido, una importante función diagnóstica y de sostén emotivo para la mujer,

pues por una parte hay un control orgánico sobre la posición de su bebé y, por otra, la seguridad del buen desarrollo de su embarazo.

Durante la sobada, la mujer y la partera tienen la oportunidad de hablar del parto y de la gestación en curso. Se trata de un momento absolutamente íntimo, en el que los saberes ligados al cuerpo y a la salud reproductiva son transmitidos, reelaborados y comparados. Uno de los temas más comentados es el de la cesárea. El mantenimiento de la posición y de la presentación correctas, que en la percepción de las mujeres están estrechamente ligados a la ejecución de la sobada, significa una alta probabilidad de parir de manera natural, sin tener que recurrir a la intervención quirúrgica, que representa uno de los temores más difundidos entre las mujeres yucatecas. Generalmente, las parteras afirman que pueden detectar la presentación cefálica del niño desde el cuarto o quinto mes del embarazo y, por lo común, garantizan un parto vaginal a la mayoría de las pacientes. En los últimos meses, en caso de que la presentación sea normal, se considera que la sobada sirve solo para preservarla. En caso contrario, las parteras proceden de manera diferente, según su propia experiencia. La mayor parte de ellas se declaran impotentes ante un bebé que viene “atravesado” o “sentado”. Avisan entonces a los parientes que será necesario que el parto se realice en el hospital. Algunas parteras más ancianas, en cambio, sostienen que tienen la capacidad de volver al niño a la presentación cefálica o de lograr la expulsión, incluso si su presentación no es cefálica. Afirman que, antes de que llegaran los médicos al pueblo, la partera tenía que enfrentar cualquier emergencia; que sus madres y abuelas eran capaces de proceder, aun en casos difíciles. Pero agregan que ahora la mujer en esas circunstancias es llevada al hospital.

Se considera que someterse a la sobada regularmente trae ventajas a la mujer no solo durante el embarazo, sino también en el momento del parto; que así será rápido y menos doloroso. Además, no habrá riesgo de que la salida de la placenta se demore o que esta “se pegue” a cualquier otro órgano o parte del cuerpo, poniendo en peligro la vida misma de la mujer. Someterse de modo frecuente a la

sobada también ayuda a evitar las amenazas de aborto. La eficacia de la sobada es valorada también a posteriori: algunas dificultades durante el parto se atribuyen a que la mujer no se sometió regularmente al masaje. La sobada para componer al niño es, por lo tanto, una práctica compleja que cumple distintas funciones: la de “posicionar”, la de “mantener” y la de “prevenir”. Es una forma de vigilancia física y al mismo tiempo de control simbólico de la salud de la mujer y del bebé.

Al someterse con regularidad a la sobada, las mujeres permiten efectivamente que el ojo experto de las parteras vigile el desarrollo del embarazo y al mismo tiempo se mitiguen psicológicamente temores difundidos como el de la cesárea, el del aborto o el de un parto con complicaciones. La sobada es, desde esta perspectiva, un mecanismo importante de sostén emotivo que evita que las mujeres tengan que afrontar situaciones de angustia individual y social, que todos los “eventos elementales” (nacimiento, muerte, enfermedad, etc.) conlleven (Augé,1986).

La percepción de que se está constantemente expuesto al “desorden” hace que sea necesaria la creación de dispositivos de control que puedan “aportar un orden” y al mismo tiempo oponerse al orden existente (Foucault,1975). En este sentido, mediante las prácticas y los conocimientos que atañen al ciclo reproductivo, sobre todo la sobada, las mujeres de Kaua se adueñan de manera cotidiana de sus cuerpos y su salud. Este es un aspecto fundamental que me hace considerar la sobada como una forma de resistencia, de género y cultural al mismo tiempo, como tendré ocasión de mostrar en las páginas subsiguientes. En absoluto espectadoras pasivas de un control del cuerpo que se produce a través de mecanismos ajenos a ellas, las mujeres han creado, al contrario, una modalidad propia de pensamiento y gestión de sus cuerpos, sobre la que vuelcan e incorporan (Csordas, 1990) –embarazo tras embarazo– su propia historia personal y social.

En una sociedad como la yucateca, en la que se observa una creciente medicalización del parto, que en otros países ha significado

arrebatar a las mujeres la gestión de la reproducción para otorgársela al personal médico, la práctica de la sobada todavía representa para las mujeres mayas una posibilidad real de que la gestión de la salud reproductiva recaiga también en manos femeninas. Con esta última definición, que menciono para llamar la atención sobre lo dispuesto en las distintas conferencias internacionales (Nazioni Unite, 1996, 1997), se alude no solo a lo que tiene que ver con el parto y el nacimiento, sino también con el bienestar físico, psicológico, sexual y reproductivo, en un sentido amplio que comprende toda la vida de la mujer. Se trata, por tanto, de que las mujeres, sobre todo aquellas que se disponen a afrontar un parto medicalizado, tengan la posibilidad de opinar sobre los conocimientos y prácticas que afectan a su cuerpo y el de los hijos que engendran. En este sentido, la sobada representa un momento ligado a la salud que todavía pertenece a las mujeres: pacientes y parteras viven los tiempos del parto y del masaje como espacios individuales, pero al mismo tiempo colectivo. A mi juicio, la mayoría de las especialistas de Kaua y también las mujeres son conscientes del hecho de que perder el “tiempo de la sobada” significaría perder una parte importante del poder de gestionar la propia salud. Por tanto, cada vez que se ejecuta una sobada en una casa de Kaua se pone en práctica un mecanismo que es, al mismo tiempo, conocimiento y defensa del propio cuerpo. Una modalidad de gestión de este último que es, en síntesis, el control sobre una misma y sobre la capacidad de procrear, y el ejercicio de un derecho fundamental: el de gestionar la propia salud reproductiva del modo que se considere más coherente con los valores y la manera de ver las cosas de cada uno.

Si analizamos la relación entre el cuerpo individual, social y político (Scheper-Hughes & Lock, 1987; Lock & Kaufert, 1998) y el papel de las fuerzas sociales, políticas y económicas en la construcción de los procesos del cuerpo, la idea de “movilidad” del cuerpo femenino a la que se enfrentan continuamente las mujeres de Kaua podría llevarnos a interesantes reflexiones. Pandolfi (1991), en su estudio sobre las mujeres de la región del Samnio, sugiere que la idea

de movilidad del cuerpo femenino podría interpretarse como una representación metafórica de procesos emocionales: las mujeres incorporan el sufrimiento social –provocado por ejemplo por un suceso extraordinario que afecta a la comunidad o la familia– y lo expresan a través de una sintomatología de desorden del cuerpo. El tema de la movilidad del cuerpo femenino y su relación con la dimensión social y existencial de las mujeres también se ha puesto de manifiesto en otras investigaciones realizadas en la zona mediterránea como, por ejemplo, en las llevadas a cabo por Guggino in Sicilia (1986) o Pizza en Campania (1998). También Charuty –en su estudio sobre las mujeres francesas– observó una relación muy estrecha entre el desorden social y el desorden del cuerpo. Las suyas eran mujeres en busca de afirmación, cuya vida interior estaba en movimiento continuo, y en las que los “males del cuerpo” (manifestados en la movilidad de los órganos internos, entre ellos el útero) eran en realidad “males del espíritu”, malestares psíquicos que expresaban un “sentirse fuera de lugar” en el plano social y moral (Charuty, 1987). Esto nos lleva a preguntarnos –en caso de que aceptemos esos argumentos– las relaciones entre el cuerpo social y el cuerpo individual en el caso de las mujeres mayas de Yucatán, y si se expresan mediante el lenguaje del cuerpo.

Los cambios sociales derivados de los procesos de modernización que afrontan las comunidades indígenas podrían desempeñar un papel importante. Las mujeres que se convierten en cabezas de familia a causa de la migración masculina, las que asumen un mayor control sobre su propia sexualidad o las que tienen cada vez mayor presencia en la escena pública son símbolo de roles sociales profundamente “móviles”, de identidades de género en constante renegociación. ¿Podría expresarse esta movilidad mediante la idea de un cuerpo constantemente en desorden, y sobre el que sería necesario intervenir para volver a adueñarse de un “orden” y de un “equilibrio” necesarios para la supervivencia individual y social?

Me parece una lectura plausible en el contexto maya actual, como expresión al mismo tiempo de desigualdad y de reivindicación

de género. Existe un elemento importante, en efecto, todavía no explorado, que me lleva a interpretar la idea de movilidad como parte constituyente de la identidad femenina reivindicada (y no simplemente padecida) por las mujeres. Me refiero al hecho de que, si bien las mujeres se ven a sí mismas como en continuo desorden durante toda su vida, dicho desorden se restablece continuamente a través de la sobada. La movilidad del cuerpo, por tanto, se controla, se resuelve, se reordena de manera constante a través de la manipulación que una mujer ejerce sobre el cuerpo de otra mujer. En mi opinión, reconocer este aspecto permite comprender los procedimientos de construcción de la feminidad, no solo como expresiones de sufrimiento social, sino también como reafirmación de la propia identidad de género y como defensa del control sobre el propio cuerpo y sobre el proceso reproductivo. Se trata, por tanto, de una resistencia frente a los procesos de subordinación a los que las mujeres mayas han estado sometidas desde siempre. La idea de la movilidad, de hecho, no es reciente: fuentes de la época colonial acreditan la práctica de la sobada y, por lo tanto, esta cuestión no puede atribuirse solo a los cambios sociales contemporáneos. Más bien creo que las mujeres mayas construyen y controlan el desorden simbólico ligado a su identidad de género desde hace siglos, como proceso de resistencia frente al control masculino sobre su propia feminidad, que se manifiesta en la actitud machista de los hombres yucatecos y en el estado de dependencia ideológica que las mujeres deben soportar dentro y fuera del ambiente doméstico. Esto sucede hoy también, como proceso de resistencia a otro tipo de control: el de la “domesticación del cuerpo” por parte de la medicina (Foucault, 1969, 1975), dado su carácter de “máquina reproductora de vida” (Martin, 1987, 2007).

El concepto de resistencia a la movilidad está presente en estudios como el de Ong (2007) sobre las operarias malayas poseídas por espíritus, o el de las mujeres griegas empleadas en fábricas canadienses (Lock, 1990), como metáfora que expresa una crítica social: una forma de rebelión incorporada y un acto de desacuerdo en el que el cuerpo es el escenario sobre el que se representan y actúan las fuerzas

sociales y un terreno de resistencia personal y de género (Scheper Hughes, 1997). En este sentido podría destacarse el potencial subversivo de la sobada (mediante la cual se controla la movilidad), y la defensa que ejercen hoy las mujeres mayas para que la medicalización no haga desaparecer esta práctica. En este proceso, las parteras desempeñan un papel importante.

La sobada es uno de los baluartes utilizados por las parteras en defensa de su propio papel y saber. Las parteras que saben “componer” reivindican explícitamente la superioridad técnica y cognoscitiva derivada de esta capacidad con respecto al personal médico hospitalario que, a menudo, no comprende o no conoce esta práctica. De este saber “exclusivo” las parteras de Kaua son muy conscientes. Los doctores, ciertamente, “saben otras cosas”, con las cuales las primeras no entran en competencia o en pugna. Lo hacen, al contrario, donde el saber médico-científico no es capaz de ofrecer una alternativa terapéutica que responda de manera eficaz a las expectativas de las mujeres. El caso más emblemático de esta especie de estrategia de defensa que las parteras llevan a cabo —sea en el plano del discurso o en el del trabajo práctico— es el de la afirmación recurrente de que la sobada evita la cesárea.

Sin duda, hoy en día la mayoría de las mujeres yucatecas dan a luz en el hospital. En general, el parto hospitalario es preferible para algunas mujeres porque se dispone de instrumentos tecnológicos que pueden ser de ayuda en caso de urgencia, por la posibilidad de dar a luz de manera gratuita cuando las parteras por el contrario demandan el pago de sus honorarios,⁹ por la posibilidad de descansar y no tener que preocuparse de los asuntos domésticos, y por la posibilidad de beneficiarse de una ligadura de trompas gratuita.¹⁰ Muchas mu-

⁹ El parto hospitalario es gratuito en los hospitales públicos cuando la mujer ha cumplido el seguimiento previsto (por ejemplo, un número de visitas mínimas durante el embarazo). Las parteras piden actualmente entre 800 y 1200 pesos por un parto, y entre 50 y 80 pesos por una sobada.

¹⁰ La ligadura de trompas se practica principalmente a mujeres que ya han tenido varios hijos, con su consentimiento previo. Sin embargo, se conocen al menos tres casos de parejas que se han quejado de no haber sido informadas de la operación. Lamentablemente, en otras zonas indígenas mexicanas se han dado casos de ligaduras de trompas como “método de planificación forzosa”

jeros, sobre todo las indígenas de las áreas rurales, siguen prefiriendo el parto en casa y la asistencia de la partera. Los motivos que llevan a las mujeres y a sus familias a esta elección son de distintos órdenes: desde las dificultades prácticas, como el transporte o los costos, y las lingüísticas y culturales, como que el personal de salud no hable maya, sea de sexo masculino, no conozca o respete las prácticas indígenas, prohíba la presencia de parientes durante el parto u obligue a la posición supina. En los casos en los que se prefiere un parto en casa se destacan los siguientes aspectos citados a continuación. “La partera te cuida, te da consejos”. “La partera hace un trabajo completo”. “La partera no te desnuda”. “En el hospital no te dan enseguida el bebé; no lo puede atender rápido la mamá”. “Con la partera puedes aliviarte en tu hamaca y puede agarrarse uno para empujar, en cambio en la cama no”. “En el hospital no dejan entrar a tu esposo”. “Las parteras atienden a la mujer y al niño hasta los ocho días”. “Los doctores no hablan la maya, a veces no te entienden”. “Los doctores son hombres; en cambio la partera es mujer”. Pero las motivaciones más citadas por las mujeres con respecto a la preferencia por una partera están ligadas al hecho de que “las parteras no te cortan ni te *pican*”. La “*picada*” se refiere a la episiotomía, mientras que la “*cortada*” se refiere a la cesárea. Ambas prácticas remiten a un contexto medicalizado del parto, y constituyen los temores más fuertes expresados por las mujeres con relación al parto hospitalario. De acuerdo con el sentido común, parir en el hospital significa necesariamente someterse a una “*picada*” y, no raramente, también a una “*cortada*”. Se trata, en efecto, de un temor real. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010), el porcentaje de cesáreas practicadas en los hospitales públicos (más del 40%) y en las clínicas privadas yucatecas (más del 70%) es superior al promedio nacional y a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (10-15%) (OMS, 2015).

En opinión del personal médico, esto se debe a las condiciones

y, en ocasiones, así lo han denunciado los medios de comunicación.

de emergencia en que las mujeres indígenas llegan al hospital, en muchos casos, después de la intervención infructuosa de la partera. Sostienen también que la conformación física de las mujeres (pelvis estrecha) hace que a veces el parto vaginal sea difícil. Las parteras, a su vez, se lamentan del abuso de esta práctica por parte de los médicos. Ellas creen que los médicos prefieren cortar por motivos de tiempo, pues la espera de un parto natural es más larga; de dinero, ya que el parto por cesárea cuesta más; y, en el caso de los jóvenes médicos practicantes o pasantes, por el miedo o la incapacidad para afrontar el acontecimiento.

Por otra parte, el conocimiento que tienen los médicos y los profesionales sanitarios sobre la sobada y otras prácticas a menudo es superficial¹¹ y, en general consideran que es una práctica ineficaz o perjudicial. En los cursos de capacitación, por ejemplo, se desaconseja a las parteras sobar a las embarazadas, ya que se considera que la manipulación del feto y la fuerte presión de las manos podrían causar daños a la salud de la madre y del niño. Como ya he mencionado, los médicos yucatecos no tienen, por lo demás, muchas oportunidades de formarse en estos temas, ni en la universidad ni durante el ejercicio de la profesión y, por lo tanto, aunque trabajen en contextos de pluralismo médico, no siempre son capaces de aceptar la idea de la “culturalidad” de cada sistema de salud y de la importancia de conocer “desde dentro” los valores, las prácticas y los comportamientos que los rigen y legitiman (Kleinman, 1980; Good, 1994; Gaines Atwood & Davis-Floyd, 2003).

Más allá de las opiniones contrastantes de los diversos terapeutas, lo que parece importante es que actualmente “cortar” o “no cortar” representa el límite, real y simbólico, en el que los diferentes saberes referidos al parto dejan de comunicarse, y donde lo que está en juego no es solo un modo diferente de venir al mundo o de ejercer una profesión, sino la supervivencia ideológica de la propia visión de las cosas. El elemento interesante en esta suerte de diálogo/no diálogo

¹¹ La doctora que trabajaba en el centro de salud durante mi primera estancia en el año 2001 no había oído hablar del *cirro* hasta que yo lo mencioné.

go y de ataques mutuos es que las parteras –para usar una metáfora futbolística– juegan con un cierto sentido de anticipación. Al parto normal, en efecto, no se llega solo optando por la asistencia domiciliaria, sino sometándose constantemente a la sobada durante el embarazo. Las sobadas mensuales, en las que se reposiciona al niño, se han convertido por tanto en la modalidad a través de la que las mujeres pueden llegar al momento del parto sin complicaciones que hagan necesaria una intervención quirúrgica.

La convicción común es que el parto en el hospital está estrictamente asociado con una intervención “externa” (los instrumentos quirúrgicos), que incide sobre el desarrollo natural del proceso del nacimiento. Los términos usados para la cesárea y la episiotomía son emblemáticos de esta actitud: “cortar” y “picar” presuponen instrumentos que intervienen sobre el cuerpo de la mujer. Por el contrario, en un parto en casa, la partera interviene solo con la “naturalidad” de sus manos. En este sentido, componer, es decir “poner en su lugar”, “recomponer”, es justamente la acción inversa a cortar, o sea a “separar” y a “dividir”.

La verdadera elección que emerge escuchando las narraciones de las parteras y de sus pacientes no es, entonces, tanto entre dar a luz en la propia hamaca o en la camilla de un hospital, sino entre decidir por un parto “natural” o uno “intervenido quirúrgicamente”, con todas las implicaciones ideológicas y culturales que dos modos tan distintos de actuar sobre el cuerpo implican. En lo concreto tales discursos obran a través de relatos en los que se subraya la capacidad de las parteras de actuar sin necesidad de “cortar” o “picar”, como hacen los médicos. Ellas laboran solo con sus manos y poniendo en práctica conocimientos transmitidos a través de generaciones, no solo durante el parto, sino durante todo el curso del embarazo pues, según las mujeres de Kaua, al parto normal se llega, como hemos visto, sometándose a sobadas regulares que controlan constantemente la posición y la presentación del bebé.

La manualidad de la sobada es puesta en estrecha relación con la manualidad del parto, en la que no se utilizan instrumentos extraños

que puedan “incidir” –metafórica, pero también físicamente– en el curso natural de las cosas. Se entiende el dar a luz como un “evento natural” de la vida femenina y no un “evento médico”, donde el cuerpo está integrado en una vivencia social y cultural, expresada por los saberes locales sobre la reproducción. La intervención “externa” (y extraña) no parece necesaria en la modalidad de afrontar el parto, sino en casos de emergencia.

Es en el espíritu de esta diversidad, entonces, que la sobada encuentra los motivos de su función actual, como práctica física y como discurso ideológico. La manipulación “innatural” que la cesárea provoca no está prevista dentro de una relación con el cuerpo que aún no ha elaborado completamente el proceso de medicalización y que, tal vez, rechaza sus aspectos extremos, que por otra parte han emergido fuertemente y han sido criticados en las sociedades occidentales. Al contrario, la manipulación “natural” del cuerpo, identificada con la sobada, sigue siendo fundamental dado que cuadra con una concepción general del organismo que subraya otros aspectos, como el equilibrio de sus partes, el orden interno y la normalidad (entendida como no patológica) de procesos fisiológicos complejos, como el parto.

Se trata de un discurso coherente, que las parteras proponen hoy a sus pacientes no tanto como alternativa al parto hospitalario, sino como una alternativa a la cesárea. El primer caso significaría tal vez tener que competir con demasiados elementos, como la mayor seguridad en caso de riesgo o complicaciones, un menor costo si la pareja posee un seguro médico y, en general, un modelo de vida “urbano” que se está difundiendo rápidamente, sobre todo entre las jóvenes generaciones. El haber centrado la atención en un miedo difundido (la cesárea), a nivel de sentido común, ha sido una estrategia ganadora que ha llevado a la refuncionalización de una práctica antigua en el contexto de la creciente medicalización del proceso reproductivo, y a una posibilidad para las parteras de no sucumbir ante las presiones de la práctica médica.

Es en esta compleja intersección de discursos, estrategias y con-

cepciones que debe ser comprendida y contextualizada la práctica de la sobada y su importancia para las mujeres de Kaua. La sobada no es solo una técnica de masaje, es sobre todo un saber acerca del cuerpo, que está relacionado directamente con las ideas de la movilidad de los órganos y de las partes del cuerpo, con el orden, la temperatura, la apertura, entre otros elementos. También es una modalidad de acción a través de la cual ese saber, incorporado en las manos de las parteras, es transmitido generacionalmente de mujer a mujer. Es, además, un discurso político sobre el control del cuerpo como posibilidad de las mujeres de crearse un espacio propio (que consiste en el tiempo y el lugar de las sobadas), en el cual expresan sus propios puntos de vista fuera del poder hegemónico (médico, pero también masculino). Es, asimismo, un instrumento de defensa del saber de las parteras en materia reproductiva y una afirmación del saber local, en sentido lato, con respecto a un saber cada vez más globalizado.

Se trata de un proceso de reelaboración de los discursos sobre las prácticas tradicionales ligadas al parto, ciertamente no surgido de la noche a la mañana o por elección personal de algunas parteras. Probablemente, se han utilizado distintas “estrategias de defensa” de la propia profesión en las últimas décadas, pero quizá esta en particular haya adquirido cada vez mayor importancia y se haya revelado como la más eficaz de entre las muchas posibles. Entre las diversas prácticas que las parteras de Kaua habrían podido “elegir” como contraposición al trabajo desarrollado por los médicos en los hospitales, la sobada parece en efecto idónea por distintos motivos, algunos de ellos ya ampliamente analizados: a) la sobada es una de las prácticas terapéuticas más extendidas en Yucatán y por tanto bien arraigada a nivel popular; b) es la práctica preventiva más importante realizada durante el embarazo para proteger la salud de la madre y del niño; c) es una práctica que los médicos no conocen y, por tanto, expresa un rasgo de la superioridad de las parteras frente al saber biomédico; d) es un saber “incorporado” que se vincula directamente a la esencia misma de ser mujer, de acuerdo con una representación general del cuerpo femenino como “móvil”; e) es una práctica ejercida sobre las

mujeres por otras mujeres; y f) es una práctica manual que no prevé la utilización de elementos “externos” o “ajenos”, aparte del uso de las manos por parte de la partera.

La cortada/picada (cesárea/episiotomía) y la sobada son por tanto modalidades de intervención que expresan visiones médicas muy diferentes. Una está ligada principalmente a una concepción mecanicista del cuerpo, en la que cada órgano desarrolla sus propias funciones y el cuerpo-máquina funciona cuando las distintas piezas, sumadas la una a la otra, funcionan también. La otra es la visión de un cuerpo total, en el que el buen funcionamiento se consigue por las relaciones mutuas de las distintas partes que componen el todo, y en la que mente y cuerpo no son conceptos que se oponen el uno al otro.

Esta es otra de las cuestiones en las que cada vez es mayor la diferencia entre el enfoque biomédico y el de las medicinas indígenas o tradicionales. En lo que respecta a la salud reproductiva, la creciente medicalización del parto y la consiguiente transformación de la mujer de parturienta a paciente han llevado a que las mujeres ingresen cada vez más a los hospitales, lugares públicos por excelencia. La transformación del parto de evento privado (tradicionalmente llevado a cabo en casa, con la asistencia de una partera y de la familia) a evento público (en el hospital, en presencia de extraños) es de hecho la consecuencia de la concepción del parto como “enfermedad”, ya no gestionado por una red de mujeres más o menos cercanas a la paciente, sino por un equipo de expertos pendientes del desarrollo del embarazo, exactamente igual que si se tratara de una patología.

En el contexto biomédico, como ha puesto de relieve Barbara Duden, el cuerpo de la mujer embarazada es un cuerpo cada vez más expuesto a la mirada pública, donde el carácter privado del embarazo (por ejemplo la sensación que tiene la madre al notar el primer movimiento del niño) ha sido sustituido por un aspecto público, en el que es necesario que a las mujeres se las “declare” embarazadas, y en el que el reconocimiento del embarazo ya no se deposita en la intimidad de la relación entre madre e hijo, sino en la realización de un test químico (Duden, 1994). La medicalización del parto ha restado

importancia, tanto en lo que respecta a la madre como al personal sanitario, a la experiencia sensorial que se produce en el interior del cuerpo femenino (tal como las sensaciones al percibir una nueva vida en su interior), en favor de aquello que es visible desde el exterior, tal vez a través de una ecografía. Hoy cada vez se echa más en falta una percepción de tipo táctil del embarazo, que favorezca precisamente esa perspectiva (Duden, 1994). En cuanto a la importancia de sentir y tocar el embarazo con las manos, las mujeres de Kaua lamentan que en el hospital no se pueda cuidar del niño de manera inmediata, mientras que en su propia casa el recién nacido, una vez que está limpio y vestido, se coloca enseguida junto a la madre y permanece ahí de manera ininterrumpida. Se trata, en este segundo caso, de un modelo de cuidado que ha sido definido como:

‘De alto contacto’, y que se caracteriza por la estrecha e intensa relación física entre la madre y el niño, que se inicia desde el nacimiento (y que es típico de la mayor parte de la historia de la humanidad), en contraposición a ‘un modelo de bajo contacto’, que es una invención de las sociedades industrializadas. (Balsamo, 2002, p. 102)

Conceptos como los ahora analizados, a propósito del parto hospitalario, difieren mucho de la idea del nacimiento como evento natural en la vida de la mujer, que todavía se observa en aquellos contextos culturales donde el modelo biomédico no es el predominante. Así sucede en el municipio de Kaua, en el que más de tres décadas de presencia concreta de la medicina científica (mediante la apertura del centro de salud) y el cada vez mayor interés del sistema sanitario nacional sobre temas de salud reproductiva no han bastado para introducir totalmente un modelo medicalizado del parto. Las mujeres de Kaua, a pesar del aumento de los partos hospitalarios y al contrario de lo que observa Duden sobre las mujeres europeas y norteamericanas, todavía se aferran con fuerza a la experiencia sensorial del embarazo, que se manifiesta en una relación de conocimiento mutuo entre la madre y el niño, posible justamente a través de las sobadas.

Los movimientos del pequeño, los cambios en el cuerpo de la madre, las sensaciones y también las molestias que conlleva un embarazo son todavía elementos importantes en la experiencia personal de estas mujeres. Estos eventos, como hemos visto, no se interpretan en sentido patológico, sino que se resuelven a través de mecanismos de control del cuerpo transmitidos desde hace generaciones, tal como las sobadas o la prohibición de ciertos alimentos y comportamientos de los que se hace eco la partera.

Tampoco en el momento del parto consideran las parteras el cuerpo de sus pacientes como una máquina con capacidad de desarrollar por sí sola la función de expulsar al niño, sino que afirman que las parturientas deben estar activas, es decir, que deben esforzarse, participar y no estar inactivas. Es una participación física y emocional al mismo tiempo, que hace de cada parto concreto un momento único y excepcional, y que involucra emocionalmente no solo a la mujer y su familia, sino también a la terapeuta. Estamos muy lejos de una relación médico-paciente en la que el primero es solo un prestador de servicios sanitarios (Taussig, 1980, p. 10) y en el que el evento del parto queda “objetivado” y desnaturalizado por quien ejerce principalmente el poder médico. En el evento del parto vivido en Kaua, el dolor, el sufrimiento, el esfuerzo físico, las emociones y las sensaciones no se dirigen de manera artificial (con fármacos sintéticos), sino que se les da libertad para aflorar según las circunstancias, convirtiendo el cuerpo de las parturientas en un *mindful body* (Scheper-Hughes & Lock, 1987), un cuerpo consciente en el que mente y cuerpo se convierten en un todo al vivir la misma experiencia y la dicotomía cartesiana que todavía arrastra la biomedicina desaparece finalmente.

La asunción de los nuevos significados de una práctica antigua como es la sobada, es decir, su reconversión y resignificación en un contexto social, cultural y también médico que ha cambiado totalmente durante las dos últimas generaciones plantea una reflexión sobre la “apertura de las medicinas indígenas” (Landy, 1974; Press, 1980; Schirripa & Vulpiani, 2000), o sea, sobre su capacidad para

enfrentarse a la presencia cada vez más sólida del conocimiento médico-científico de origen occidental. Al mismo tiempo, es la expresión de una “eficaz experiencia híbrida” (Escobar, 2001, p. 304) que también ha permitido la recreación de elementos culturales propios en lo que se refiere a la preservación de las diversidades culturales como acontecimientos sociales y políticos.

En este sentido, el caso de la sobada es ilustrativo. Una práctica sobre la que ha sido posible “canalizar” las preocupaciones, pensamientos y temores ligados a la pérdida de control sobre el propio cuerpo y, en el caso de las parteras, sobre su propia profesión es la confirmación de lo extremadamente dúctiles y flexibles que son los saberes tradicionales, que se muestran capaces de responder a nuevas situaciones y exigencias. No solo está en juego el saber de las parteras frente al del médico, sino evidentemente también el saber indígena en un sentido más amplio, frente a un saber cada vez más globalizado.

A la luz de estas reflexiones parecen estar más claros los motivos que me llevan a atribuir tanta importancia a la práctica de la sobada. Mediante su utilización se expresan y se entrelazan diversos discursos, si bien de distinto orden. Es una práctica que en este sentido confirma la necesidad de un enfoque integral sobre el estudio de los sistemas médicos, ya que muestra cómo están siempre ligados a otros aspectos de la vida social, y no solo a aquellos relativos a un cuerpo enfermo (Bibeau, 1982). Al mismo tiempo, la complejidad de los significados que ha adoptado es indicativa de la cada vez mayor “impureza” de las tradiciones médicas y del inevitable “cruce” entre las prácticas que los expresan (Ayora Díaz, 2002; Schirripa, 2012). En el municipio de Kaua, la sobada es una práctica ejecutada (por las parteras), una práctica vivida (por las pacientes) o una práctica transmitida (por ambas), y en la que los distintos niveles se entrelazan y se influyen mutuamente. Esta polivalencia la hace “atractiva”, pues se presta a diversos discursos y significados. Resumiendo, la sobada, según el caso, es una expresión de: a) un discurso “cognitivo e indagatorio” sobre el cuerpo femenino; b) un discurso “político”

sobre el derecho a gestionarlo; c) un discurso “de género” sobre la reproducción humana; d) un discurso “pragmático” sobre la defensa de una profesión y un papel social; y e) un discurso “médico” sobre el parto y el nacimiento.

La aparición de tantos discursos a partir de la ejecución de algo que, a los ojos de muchos médicos, no es más que una “técnica de masaje” ineficaz o perjudicial, ha sido posible por al menos tres motivos. En primer lugar, por la extrema versatilidad de la práctica misma, que como muchas prácticas y conceptos indígenas parece ser flexible y adaptable al contexto con el que se relaciona. En segundo lugar, por la sorprendente capacidad de las mujeres de Kaua (terapeutas y no terapeutas) de readaptar elementos externos a su cultura de manera que les funcionen de cara a sus propias necesidades. En tercer lugar, por la gran habilidad de las parteras a la hora de reconvertir sus propias competencias y ponerlas a disposición de todas las mujeres, adecuándolas a los cambios que sobrevienen a lo largo del tiempo.

Se trata de competencias que, sin duda, expresan un saber circunscrito (a la salud reproductiva) y específico de un área geográfica y cultural concreta (un municipio maya de Yucatán), pero que pueden relacionarse de cierta manera con otras situaciones y contextos. Desde esta perspectiva, me interesa comprender si la sobada puede contener en sí misma un discurso adicional que ya no tiene que ver con el saber médico o reproductivo, las cuestiones de género o la conservación de una profesión. O mejor aún, si reúne todos estos discursos juntos y los coloca dentro de un metadiscurso que afecta a las relaciones entre los saberes globales y los saberes locales.

Si la reflexión posmoderna ha contribuido notablemente a la deconstrucción de conceptos como cultura, etnia e identidad, proponiendo la idea de culturas humanas desde siempre mestizas, híbridas o criollas (García Canclini, 1999; Clifford, 1999; Amselle, 2001; Hannerz, 2001; Appadurai, 2001;), la metáfora del “tráfico cultural” (Fabietti et al., 2000, p. 166) puede resultar útil para explicar las múltiples dimensiones que caracterizan estos fenómenos. En

concreto me refiero a la comprensión de que “el tráfico de bienes, símbolos, ideas, valores etc., no se resuelve con una serie de ‘préstamos’ y ‘adquisiciones’, sino que implica una continua reformulación o ‘reposicionamiento del significado’ según el contexto en el que se adquieran o cedan”. Hay un intercambio continuo entre el significado que tienen dichos fenómenos culturales en el plano global y el que adoptan en el plano local, y habida cuenta del origen híbrido de ambas partes que impide reducir el discurso a una mera oposición de “tradicición” frente a “modernidad” (Escobar, 2001).

En este contexto podemos situar la interacción entre la creciente medicalización del parto que se observa desde hace algunas décadas en el municipio de Kaua (como consecuencia de la introducción de conceptos, valores y prácticas biomédicas que se postulan como saberes globales) y los conocimientos indígenas que constituyen precisamente el ámbito local. ¿Cuál es la relación, por tanto, entre una y otros? Antes de responder es necesario retomar algunas consideraciones de carácter general, que explican las relaciones entre las distintas partes.

En Yucatán las relaciones de fuerza entre distintos saberes médicos son también una expresión de las relaciones desiguales entre la población indígena y la población mestiza (los médicos y el personal sanitario normalmente provienen de las áreas urbanas donde se concentra principalmente la población mexicana que no se considera indígena), y entre la población mexicana (como país emergente) y Occidente (Menéndez, 1981). Hablamos en México de la preocupante marginalidad económica, social y cultural en la que se encuentran las numerosas etnias existentes en el país, en muchos casos víctimas de una violencia estructural (Farmer, 2003), y en la que —como han recalcado otros estudios— la persecución de modelos y estilos de vida occidentales conduce a muchos jóvenes a abandonar las labores del campo y a trabajar en los centros turísticos de la costa. Esto desata mecanismos de conflicto generacional y de menosprecio hacia la cultura de origen, como la vergüenza que supone hablar la lengua materna.

Sin dejar de estar consciente de estas dinámicas, considero que mi trabajo muestra cómo –en ciertos casos– los saberes locales son capaces de renegociar su propio papel con respecto a los saberes globales, e incluso competir con ellos. Hablamos ciertamente de procesos que no son fáciles, que a menudo conducen a un enfrentamiento y a veces a un conflicto, pero que nos muestran cómo las culturas son capaces de reaccionar y responder adecuadamente a los cambios, y sin perder necesariamente su propia identidad.

Las innovaciones y las técnicas importadas del exterior de vez en cuando se reelaboran y readaptan al contexto local –de por sí híbrido– en una suerte de selección que las rechaza o las asume como propias dependiendo del caso. Eso es exactamente lo que sucede en el municipio de Kaua en cuanto a los recursos puestos a disposición de la medicina científica. Las mujeres mayas no rechazan el parto por cesárea *per se* (porque son conscientes de que a veces están en juego su propia vida y la de sus hijos), pero se oponen al alto número de cesáreas injustificadas (o justificadas por motivos que no comparten) y eligen mantener la práctica de la sobada para evitarlas. Del mismo modo, las parteras no rechazan totalmente el empleo de los instrumentos que contiene el maletín que se les entrega durante los cursos de capacitación. Desde hace tiempo, por ejemplo, las tijeras han sustituido a las plantas afiladas o el machete con el que en el pasado se cortaba el cordón umbilical. Rechazan, en cambio, aquello que desde su punto de vista no resulta necesario como: la utilización de los tapabocas (las mascarillas de plástico que deberían llevar durante el parto, cuando uno de sus cometidos es hablar constantemente con la mujer, instándola a que puje) o la de los guantes, que les impiden sentir al niño.

Se trata de procesos que obviamente no se producen en una sola dirección: lo mismo sucede con los saberes globales que, una vez en contacto con los locales, pueden introducir y desarrollar elementos nuevos, o readaptar los ya conocidos. El término clave en esta relación es, por tanto, la “interacción”: un proceso que implica una influencia mutua y un intercambio continuo entre las partes impli-

cadass (Fabietti et al., 2000) y que, en el campo de la salud, provoca un proceso de indigenización de la biomedicina y de globalización de las tradiciones terapéuticas locales (Kleinman, 1995).

En este contexto, me parece que la gran oportunidad en este momento es precisamente la toma de conciencia de que el proceso de globalización económica y cultural no significa tanto una homogeneización (como se afirma a veces) sino una dialéctica entre las diversidades de nuestro planeta. Si bien se trata de una relación a veces asimétrica (por ejemplo, entre el hemisferio norte y el hemisferio sur, por usar categorías manidas), este “toma y daca” continuo entre lógicas distintas es la clave para comparar distintas visiones del mundo, que representan en estos términos posibilidades alternativas de ser. Es justo en esta relación continua entre lo local y lo global (en la que global a menudo significa “occidental”), donde se sitúa actualmente la yuxtaposición con la diversidad cultural, entendida “como un depósito de conocimiento sedimentado sobre distintas maneras de hacer las cosas” (Hannerz, 2001, p. 91).

Es en este sentido que los saberes reproductivos de las mujeres de Kaua aparecen como “necesarios”, ya que ofrecen la posibilidad de enfrentarse a idénticos problemas (la medicalización excesiva del parto, el control sobre el proceso reproductivo, la salud reproductiva) y de contribuir quizás a resolverlos (aunque solo sea en parte), o por lo menos de analizarlos a partir de otros puntos de vista.

La medicina científica se ha mostrado, a lo largo del tiempo, bastante receptiva en cuanto a un debate crítico sobre las propias convicciones y hacia la posibilidad de admitir perspectivas de interpretación, diagnóstico y cura de los eventos fisiológicos provenientes de otros contextos culturales. Eso ha sucedido también en el ámbito de la salud reproductiva, aunque con distintas modalidades en los diversos países. En Europa, los países escandinavos o los Países Bajos han mostrado, por ejemplo, una mayor resistencia al parto medicalizado y han mantenido, en conformidad con el sistema sanitario nacional, modalidades de intervención que implican una menor hospitalización (por ejemplo, con el fomento del parto en casa). En

Italia muchos hospitales, sobre todo en las últimas dos décadas, se han preparado para hacer del parto un acontecimiento más personal, proponiendo a las mujeres la posibilidad de tratamientos alternativos (el parto en el agua o el parto en casa seguido por una tocóloga) o tratando de que el ambiente hospitalario sea menos “deshumanizado”. También la presencia de un familiar en el paritorio es ahora frecuente, como la posibilidad de rechazar (cuando no haya riesgos para la salud de la madre o del niño) el uso de aditivos químicos durante las fases del trabajo de parto o del parto en sí. A pesar de ello, en la cultura italiana y en la occidental en general, dar a luz sigue siendo en la mayoría de los casos un evento hospitalario rutinario, en el cual la dimensión psicológica, afectiva y emocional de la mujer y sus familiares a menudo se infravalora y en el que, al contrario, se da más importancia al aspecto puramente fisiológico de la expulsión del niño.

Así es, en última instancia, como la experiencia de las mujeres mayas puede ser útil a las mujeres italianas, francesas o americanas al representar una modalidad distinta –una de las alternativas posibles– de posicionarse frente a un parto excesivamente medicalizado. Obviamente, no se trata de proponer a estas mujeres un modelo de parto “tradicional”, que desde un principio resultaría alejado del contexto cultural en el que viven, sino de repensar el parto como un momento fundamentalmente privado, en el que la madre y el niño no siempre necesitan mediaciones externas (por parte del personal médico, de la tecnología, etc.) para desarrollar su relación de manera adecuada. Es necesario repensar, asimismo, el conocimiento que surge entre la madre y el hijo a través de las sobadas (sentir al niño, manipularlo, posicionarlo en el lugar en el que se considere que está mejor, y no principalmente verlo a través de la pantalla de monitorización fetal). Significa no tanto rechazar los útiles avances de la medicina científica como dirigir la atención sobre el hecho de que el riesgo es la excepción y no la regla. Recuperar la dimensión privada del parto significa entonces, tanto en Yucatán como en otros países, dar a las mujeres el espacio y el tiempo para poder abordar el emba-

raza de manera más íntima, sin la necesidad de que otros (el médico, el ginecólogo, etc.) legitimen continuamente la relación con su hijo. Pero, sobre todo, significa restituir a los profesionales sanitarios el cometido que les corresponde: supervisar el embarazo para verificar que no presenta aspectos patológicos, lo que es muy distinto de actuar sobre el cuerpo de la embarazada como si siempre se tratase de una patología.

Las mujeres de Kaua que rechazan la cesárea cuando no es necesaria y que recurren a las prácticas tradicionales para expresar sus propias convicciones han entendido quizá la importancia de preservar (de aquello que es ajeno) un evento que pertenece ante todo a las mujeres. De este modo no solo se defienden a sí mismas, sino a una parte importante del patrimonio cultural del que disponen.

El hecho de que la sobada se haya vuelto tan importante y comporte también un marcado componente étnico (se percibe como propia y opuesta a las prácticas de los “otros”) es, para concluir, la consecuencia de las continuas interacciones entre los saberes globales y los saberes locales, y del esfuerzo de estos últimos por no sucumbir. Un saber local, que todavía se considera eficaz, muestra la capacidad excepcional de “reinventarse” y de resistir a los saberes globales, mucho más poderosos en el plano económico, social y también cultural.

Pero no se trata solo de una confrontación. El potencial creativo y expresivo de la sobada, que se carga de significados inéditos y funciones según la necesidad, obliga al saber médico consolidado y globalizado a cuestionarse, a repensar los propios paradigmas y convicciones y a reconocer, al menos en parte, “otras maneras de ser y de pensar”.

En cualquier caso, se podría decir que se está avanzando en el camino de la hibridación cultural que es inherente a un diálogo cada vez más horizontal entre los distintos saberes, y que tal vez sea el verdadero valor añadido de la tan compleja y debatida globalización.

BIBLIOGRAFÍA

- Amselle, J.L. (2001). *Connessioni. Antropologia dell'universalità delle culture*. Bollati Boringhieri.
- Appadurai, A. (2001). *Modernità in polvere*. Meltemi.
- Appel-Kunow, M. (2003) *Maya Medicine. Traditional Healing in Yucatan*. University Press of New México.
- Augé, M., & Herzlich, C. (1986). *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*. Il saggiatore.
- Ayora Díaz, I.S. (2002). *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas*. Plaza y Valdés.
- Balsamo, E. (2002). Bambini immigrati e bisogni insoddisfatti: la via dell'etnopediatria. En E. Balsamo (Ed.), *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura* (pp. 99-158). Franco Angeli.
- Barbiani, E., & Tomasin, E.V. (Dir.). (2007). *Sobada: El don de las parteras mayas*. Video-Documental [DVD]. Videomante Onlus.
- Barrera, V., Bastarrachea, J., & Brito, S. (1980). *Diccionario maya Cordemex: maya-español, español-maya*. Ediciones Cordemex.
- Bibeau, G. (1982). A systems approach to Ngbandi medicine. En P.S. Yoder (Ed.), *African health and healing systems: Proceedings of a symposium* (pp. 43-84). Crossroads.
- Charuty, G. (1987) Le mal d'amour. *L'Homme*, XXVII(103), 45-72.
- Clifford, J. (1999). *I frutti puri impazziscono. Etnografia, letteratura e arte nel XX secolo*. Bollati Boringhieri.
- Cooper, M.L. (1993). *The role of massage healing in Cenotillo* [Tesis de maestría]. University of Florida.
- Cosminsky, S. (1982). Childbirth and change: A Guatemalan study. En P. C. Mac Cormack (Ed.), *The ethnography of fertility and birth* (pp. 205-229). London Press.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47.
- Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an American rite of passage*. University of California Press.
- Davis-Floyd, R., & Sargent, C. (1997). *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives*. University of California Press.
- Duden, B. (1994). *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*. Bollati Boringhieri.
- Elmendorf, M. (1973). *La mujer maya y el cambio*. SepSetentas.
- Escobar, A. (2001). Immaginando un'era di post-sviluppo. En R. Mali-

- ghetti (Ed.), *Antropologia applicata. Dal nativo che cambia al mondo ibrido* (pp. 293-308). Unicopli.
- Fabietti, U., Malighetti, R., & Matera, V. (2000). *Dal tribale al globale. Introduzione all'antropologia*. Mondadori.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.
- Foucault, M. (1969). *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*. Einaudi.
- _____. (1975). *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Einaudi.
- Gaines-Atwood, D., & Davis-Floyd, R. (2003). On biomedicine. En Carol y Melvin Ember (Eds.), *The encyclopedia of medical anthropology*. Human Relations Area Files.
- García-Canclini, N. (1999). *La globalización imaginada*. Paidós.
- Good-Byron, J. (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Guggino, E. (1986). *Un pezzo di terra e di cielo. L'esperienza magica della malattia in Sicilia*. Sellerio.
- Güémez Pineda, M. A. (1997). De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud. En E. Krotz (Ed.), *Cambio cultural y resocialización en Yucatán* (pp. 117-147). Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán.
- Hannerz, U. (2001). *La diversità culturale*. Il Mulino.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). *XII Censo general de población y vivienda*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Servicios de Salud de Yucatán. (2010). *Base de mortalidad*. Servicios de Salud de Yucatán.
- Jordan, B. (1983). *Birth in four cultures*. Eden Press.
- _____. (1989). Cosmopolitan obstetrics: Some insights from the training of traditional midwives. *Social Science and Medicine* 28(9), 925-944.
- Kelly, I. (1956). An anthropological approach to midwifery training in Mexico. *Journal of Tropical Pediatrics*, (1), 200-205.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- _____. (1995). *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press.
- Landy, D. (1974). Role adaptation: Traditional curers under the impact of

- Western medicine. *American Ethnologist*, (1), 103-127.
- Lock, M. (1990). On being ethnic: The politics of identity breaking and making in Canada, or Nevra on Sunday. *Culture, Medicine and Psychiatry*, (14), 237-54.
- Lock, M., & Kaufert, P. (1998). *Pragmatic women and body politics*. Cambridge University Press.
- Martin, E. (1987). *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.
- _____. (2007). The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. En M. Lock y J. Farquhar (Ed.), *Beyond the body proper. Reading the anthropology of material life* (pp. 417-426). Duke University Press.
- Menéndez, L. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata.
- _____. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos Navarro (Ed.), *La antropología médica en México* (pp. 97-111). Universidad Autónoma Metropolitana.
- Modena, M. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. Ediciones de la Casa Chata.
- Nazioni Unite. (1994). *Dichiarazione e programma d'azione della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo – Il Cairo*. Commissione Nazionale per le Pari Opportunità.
- _____. (1996). *Pechino 1995: dichiarazione e programma d'azione*. Commissione Nazionale per le Pari Opportunità.
- Ong, A. (2007). The production of possession: Spirits and the multinational corporation in Malaysia. En M. Lock y J. Farquhar (Ed.), *Beyond the body proper. Reading the anthropology of material life* (pp. 512-530). Duke University Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas. Organización Mundial de la Salud.
- Ortega, C. (2010). *Género, generaciones y transacciones. Reproducción y sexualidad en maya de Yucatán*. El Colegio de Michoacán.
- Pandolfi, M. (1991). *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio campano*. Franco Angeli.
- Paul, L. (1974). *The mastery of work and the mystery of sex in a Guatemalan village*. En Rosaldo y Lamphere (Eds.), *Woman, culture and society* (pp. 281-299). Stanford University Press.

- Pizza, G. (1998). Così siamo composte noi... Figure della corporeità femminile in un'area appenninica della Campania. En G. Pizza (Ed.), *Figure della corporeità in Europa* (pp. 73-93). *Etnosistemi*, 5.
- Press, I. (1980). Problems in the definition and classification of medical systems. *Social Science and Medicine*, 14(b), 45-57.
- Redfield, R., & Villa, R. (1962), *Chan Kom. A Maya village*. The University of Chicago Press.
- Quattrocchi P. (2004). L'ombelico del mondo. Rappresentazioni e pratiche relative al *ti'pté* in un villaggio maya dello Yucatan, Messico. *La Ricerca Folklorica*, 50, 35-43.
- _____. (2006). ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán. *Península*, I(2), 143-170.
- _____. (2007). Obiettivo del Millennio e salute riproduttiva. Quale ruolo per le levatrici? Il caso dello Yucatan. *I Fogli di Oriss*, 27/28, pp.11-36.
- _____. (2010). I mille volti della sobada. Saperi riproduttivi e pratiche di resistenza nello Yucatan contemporaneo (Messico). En I. Maffi (Ed.), *Annuario Antropologia "Nascita"*, IX(12), 83-118. Ledizioni.
- Quattrocchi, P., & Güemez Pineda, M. (2007). *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*. Cepsa.
- Real Academia Española (1992). *Diccionario de la Lengua Española*. Editorial Espasa-Calpe.
- Scheper H., & Lock, M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, I, 6-41.
- Scheper H. (1997). *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Ariel Editorial.
- Schirripa, P. (2012). Sistema médico. Campo politico, istituzioni sanitarie e processi di medicalizzazione tra egemonia e resistenza. En D. Cozzi (Ed.), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario* (pp. 269-284). Morlacchi.
- Schirripa, P., & Vulpiani, P. (2000). *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche di confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e Americhe*. Argo.
- Sesia, P. (1996). Women come here on their own when they need to: Prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 121-40.
- Taussig, M. (1980). Reification and the consciousness of the patient. *Social Science and Medicine*. XIV(b), 3-13.
- Villa, R. (1977) Los mayas del actual territorio de Quintana Roo. *Enci-*

clopedia yucatanense, 6. Edición oficial del Gobierno de Yucatán, México, pp. 31-61.

_____. (1980). La imagen del cuerpo humano según los mayas de Yucatán. *Anales de Antropología*, XVII, 31-46.

World Health Organization. (2004). *Making pregnancy safer. The critical role of the skilled attendant*. World Health Organization.

Zolla, C., Del Bosque, S., Mellado, S., Tascón, A., & Maqueo, C. (1992). Medicina tradicional y enfermedad. En R. Campos Navarro (Ed.), *La antropología médica en México*, I (pp. 71-104). Universidad Autónoma Metropolitana.

LA ATENCIÓN PRENATAL DE LA PARTERÍA TSOTSIL/TSELTAL ANTE LOS RIESGOS DE MUERTE MATERNA

RAFAEL ALARCÓN LAVÍN

INTRODUCCIÓN

En este trabajo¹ abordaré una estrategia, generada por todas las culturas del mundo, para coadyuvar en el afrontamiento de riesgos (RI) específicos que pudieran conducir a la urgencia obstétrica (UO) y posible muerte materna (MM). Esta estrategia es denominada, por la medicina occidental, atención prenatal (AP). Haré su abordaje desde dos medicinas: la occidental,² dominante en México, y la medicina tradicional indígena de las etnias tsotsil y tseltal, habitantes de las regiones Altos y Norte del estado mexicano de Chiapas. Me referiré, con mayor especificidad, interés y amplitud, a la AP ejercida por las parteras tradicionales indígenas denominadas *ilol* (JI).³ Explicitaré y analizaré la AP, como una estrategia biocultural de re-

¹ Es un apartado amplificado del ensayo (no publicado) Muerte materna, parteras indígenas y colonialismo sanitario, en el cual se abordan con amplitud aspectos psico-somáticos personales, sanitarios, socio-económicos locales, regionales, nacionales y con participación internacional, determinantes en la AP y MM en los países del Sur.

² También denominada: biomedicina, alópata, de los doctores de bata blanca o de los *casblanes-mestizos* (en algunas comunidades indígenas del estado de Chiapas).

³ La JI, junto con la partera indígena tradicional no *ilol*, son las personas que poseen conocimientos y ejecutan prácticas sobre el proceso reproductivo femenino de mujeres pertenecientes a las etnias tsotsil y tseltal del estado de Chiapas, México. El perfil de la JI será desarrollado en apartado Los sueños.

sistencia obstétrica (RO) a RI, abordando dos de sus características estructurales: la intervención del sueño y los sueños en el proceso de iniciación y reproducción social de la JI, así como su interpretación para el diagnóstico y tratamiento, y el proceso de desarrollo y aplicación de las inteligencias que posee la JI en la AP. En congruencia con esta argumentación, presentaré una propuesta pedagógica para impulsar la reproducción de esta partería en las comunidades indígenas de Chiapas (OMIECH, 2017, 2019).⁴

Mi hipótesis manifiesta que el saber y práctica de la JI, perteneciente a las etnias mayenses tsotsil y tseltal, posee elementos que coadyuvan en el afrontamiento de RI biosociales que pudieran conducir a la urgencia obstétrica (UO) y posible muerte materna (MM). Una pregunta me guiará para dar respuesta teórica a esta afirmación será: ¿cuáles son los saberes y prácticas de origen prehispánico, referentes a la AP, que poseen las JI para afrontar los RI que perciben las embarazadas?

El soporte teórico principal se basa en la teoría de las inteligencias múltiples, de Gardner (1994), la cual me servirá para argumentar a favor de la hipótesis planteada. Recogí los testimonios de una embarazada y tres JI con experiencia en partería indígena tsotsil y tseltal de 30 años o más. El testimonio de una JI fue obtenido a través una entrevista directa. Los dos restantes de memorias recopiladas en encuentros de parteras indígenas de la OMIECH. No utilizaré (debido a que no existe) evidencia epidemiológica-estadística-antropomédica de las innumerables intervenciones “exitosas” de las JI en los procesos reproductivos de las mujeres indígenas que habitan los municipios tsotsiles y tseltales de los Altos de Chiapas, específicamente en la AP.

MUERTE MATERNA, RIESGOS Y AFRONTAMIENTO

La OMS (2004) define MM como la:

⁴ Esta propuesta es retomada del Área de Mujeres y Parteras, de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH).

Muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o su manejo, o agravada por éste, pero no a causas accidentales o fortuitas (p. 25).⁵

Para coadyuvar a clarificar los determinantes que participan en la MM es necesario considerar la percepción de sus RI y las concepciones y respuestas individuales y sociales para evitar estos RI percibidos. La percepción de RI compromete dimensiones socio-temporales. García (2005) enuncia que los RI implican: una “concepción social y los objetivos de los grupos humanos a alcanzar” (p. 2). Afirma que los orígenes del término se relacionan con elementos que hacen “referencia a decisiones vinculadas con el tiempo evolutivo de cada sociedad” (p.12).

La percepción de los RI de los conjuntos sociales, y de las mujeres en particular, depende de los procesos genéticos específicos y culturales por los que han transitado. Los RI percibidos sobre el trabajo de parto y parto, abarcan un espectro emocional amplio que incluye gradaciones de inseguridad, angustia y miedo: inseguridad y angustia a no superar el parto y, por esta situación, provocar efectos indeseables (lesiones o muerte) en la hija o hijo; miedo, al dolor y la posible MM. La intensidad de estas percepciones, entre otros elementos, también está en relación con:

Dos componentes estructurales de la personalidad: temperamento y carácter. El primero alude al componente biológico, y plantea que existen sistemas cerebrales independientes para activación, mantenimiento e inhibición de la conducta en respuesta a una clase específica de estímulos. Por su parte, el carácter hace referencia al componente sociocultural de la personalidad, el cual contempla que los conceptos sobre sí mismo, los demás y el universo [cosmovisión], modulan el significado de lo experimentado y, en consecuencia, las reacciones emo-

⁵ De esta definición se derivan las referentes a las causas directas e indirectas, y la relación temporal en que ocurrió la MM, que no especificaré aquí.

cionales de las personas. (Cloninger et al., 1994; Espinosa et al., 2009, p. 89)

Dependiendo de la percepción de RI, los mecanismos neuroendocrinos generarán cambios fisiológicos y anatómicos en el cuerpo de la gestante, así como la búsqueda de “estilos de afrontamiento” de esos RI.

Los estilos de afrontamiento se definen como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1986, p. 164). Dichos estilos suponen el esfuerzo del individuo para hacer frente a los estímulos estresantes y tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial (Matheny, Aycock, Pugh, Curlette & Silva-Canella, 1986), y constituyen la forma habitual en la que el individuo se enfrenta a los eventos percibidos como estresantes (Caballo, 1998), lo cual supone el reconocimiento y uso de recursos psicológicos de los que se disponga en un momento dado. (Espinosa *et al.*, 2009, p. 88)

En las culturas prehispánicas la percepción del parto y el estilo de su afrontamiento se ubicaban entre los procesos socio-fisiológicos de la vida cotidiana. Una de estas características cotidianas, principalmente en la cultura náhuatl, era la guerra. El miedo a los RI del parto, principalmente al dolor y la MM, eran enfrentados por las parturientas como valientes guerreras que, al morir, se volverían inmortales y “[...] su fama viviría para siempre” (Wolf, 2001, p.199).⁶ Esta concepción social del parto en la sociedad prehispánica era una lucha contra la muerte. Si la muerte vencía la mujer, se convertiría en diosa para acompañar al sol, proveedor de calor, energía y bienestar

⁶ Wolf, en los capítulos referentes a la ideología de la guerra, y del sacrificio y muerte en la cosmovisión prehispánica, narra las virtudes de los guerreros y la concepción de la muerte como la prolongación de la vida.

para los seres vivos del mundo (León, 1910, cap. I, pp. 3-49).⁷ Esta cosmovisión y estilo de afrontamiento de RI era compartida por familiares, ancianas y ancianos y, comprendida profundamente por las parteras. Con las transformaciones y desplazamientos culturales, ocurridos desde el periodo colonial hasta nuestra época, ciertos determinantes que intervienen en el proceso reproductivo femenino se han convertido en factores (o causales) de riesgo, principalmente en la sociedad mestiza y, en menor grado, en las etnias indígenas nacionales. Esta situación de miedo a los RI del parto ha inducido a un estilo de afrontamiento sustentado en la atención hospitalaria vía cesárea (Rocha et al., 2011).

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que factores de riesgo (evidenciados o no) coincidentes o previos al embarazo, tales como las características somáticas (incluyendo la genómica) y psicológicas de cada mujer antes del embarazo, los factores familiares, los económicos macro y micro, y los mecanismos fisioneuroendocrinobioquímicos⁸ intervienen en los comportamientos, trayectorias reproductivas y prácticas de solicitud de atención en el periodo prenatal, incidiendo en evoluciones específicas del embarazo, parto y puerperio (Berrio, 2014; Gaviria, 2006; Herrera y González, 1987, 1988; Herrera et al., 2006; Leonetti, 2007; Marín et al., 2008; Núñez, 2014; Palacios et al., 1993; Ramos, 2015; Salvador-Moysén et al., 2000; Solís & Morales, 2012, Vásquez, 2016). Herrera y González (1987) encontraron un riesgo de 10.3% de desarrollar alguna complicación obstétrica en 122 mujeres embarazadas con un alto estrés acumulado, sin vías de canalización y sin un apoyo social al embarazo. Núñez (2014) ha demostrado, entre otras, la relación de factores económicos y de poder con sentimientos, percepciones de la

⁷ Nicolás León describe minuciosamente las concepciones (y acciones) sobre el parto en las culturas prehispánicas.

⁸ No es el propósito principal de este escrito abordar, en sus múltiples niveles y relaciones, los factores determinantes (directos o indirectos, comunitarios, regionales, nacionales e internacionales) siguientes: explotación económica, otras formas de racismo, historicidad de los procesos políticos, jurídicos, religiosos, de ideología de géneros, de conflicto social, los propiamente médico-sanitarios y los hábitos personales.

maternidad y actitudes de las mujeres que habitan en contextos rurales. Berrio (2014) no ha establecido la relación, pero ha observado minuciosamente en mujeres de comunidades indígenas del estado de Guerrero los elementos básicos del “comportamiento y la trayectoria reproductiva”.

Aunque la AP, que practican la JI y el personal sanitario de la medicina occidental, persigue el mismo objetivo general (evitar la muerte materna), el mismo objetivo particular (disminuir los riesgos) y la misma estrategia (controlar la evolución del embarazo), las diferencias se ubican en la percepción de RI de muerte materna, en la conformación de saberes y en las intervenciones para coadyuvar a evitar o disminuir los RI de muerte materna. A continuación presento (cuadro 1) algunos RI que ilustran similitudes y diferencias entre la cosmovisión tsotsil y tseltal de los habitantes de comunidades indígenas de los Altos de Chiapas y la medicina occidental, paradigmática⁹ en México.

Cuadro 1
Riesgos (directos o indirectos) percibidos por habitantes de las comunidades tsotsiles y tseltales de los Altos de Chiapas y por la medicina occidental en México

Comunidades tsotsiles/ tseltales	Medicina Occidental
Pérdida del <i>chulel</i> (alma) por susto o “mal echado” por otras personas	Los sistemas locales de salud generados por las comunidades tsotsiles y tseltales

⁹ Le nombro paradigmática pues su discurso ha permeado, a través de investigaciones antropológicas, una parte importante de la sociedad. Este discurso culpabiliza a las culturas indígenas tsotsil y tseltal de los altos índices de MM. Afirma que una de las causas es su cosmovisión, la cual ignora los RI para la embarazada, propia de la medicina occidental. En este sentido incluímos citas textuales del estudio de Freyermuth en el Cuadro 1.

Comunidades tsotsiles/ tseltales	Medicina Occidental
<p>Transgresiones a las normas comunitarias y mala relación con su comunidad</p> <p>Pleitos con el esposo, la familia u otras personas que generan violencia simbólica o física</p> <p>Ausencia de apoyo afectivo familiar y comunitario para la mujer</p> <p>Carencia de parteras formadas y experimentadas en la tradición comunitaria</p> <p>Angustia, intranquilidad, enojo, envidia, tristeza, avaricia</p> <p>Debilidad por falta de alimento o mala alimentación</p> <p>Pobreza</p> <p>Robo del bebé por el mono "maxil lolik" (mono niño) para ser implantado en el útero de otra mujer, con la consecuente formación de mola hidatiforme en el útero robado</p> <p><i>me' vinik</i> (dolor agudo en la región epigástrica, náuseas, vómito, dolor de cabeza, escalofrío, calentura con sudoración). Es causado por cualquier estrés y llega súbi-</p>	<p>Las parteras tradicionales indígenas no capacitadas y validadas en y por el Sistema de Salud Occidental</p> <p>La cosmovisión y las costumbres como las "dinámicas familiares y comunitarias que, matizadas por factores generacionales, de género y étnicos posibilitan o no el acceso de las mujeres a la atención por complicaciones obstétricas" (Freyermuth, 2014, pp.30-38)</p> <p>El decidir inadecuadamente el traslado de una mujer al hospital por la ausencia "...de conocimientos básicos sobre los riesgos para la salud..." (Freyermuth, 2014, p.34)</p> <p>Las "relaciones interétnicas entre los pueblos indios y la sociedad nacional" (Freyermuth, 2014, p.35)</p> <p>Estrato socioeconómico bajo</p> <p>El analfabetismo y baja escolaridad</p> <p>El monolingüismo indígena</p> <p>Elevado número de hijos</p>

Comunidades tsotsiles/ tseltales	Medicina Occidental
<p>tamente por el viento. No corresponde a enfermedad de la vesícula biliar.</p> <p>Sangrado vaginal en embarazo, durante y si prolonga demasiado después del parto, sangrado con calentura</p> <p>Aborto</p> <p>Dolor abdominal importante</p> <p>Dolor de cabeza</p> <p>Vómito</p> <p>Accidentes y violencias físicas</p> <p>Tristeza y abandono del niño o niña después del parto</p> <p>Deficiente atención del parto en el hospital (ser despreciada y maltratada por el personal, no poder estar rodeada de su familia ni comunicarse con el personal sanitario mestizo, intervenida quirúrgicamente –cesárea-, complicaciones y morir fuera de su comunidad)</p> <p>Salida del círculo protector de su comunidad</p> <p>Imposibilidad de pagar atención médica o compra de medicamentos fuera de su comunidad</p>	<p>La desnutrición</p> <p>Embarazo en mujeres jóvenes</p> <p>Alta paridad y embarazos en lapsos cortos de tiempo (menos de dos años)</p> <p>Difícil acceso geográfico y cultural a los servicios médicos institucionales</p> <p>Machismo y violencia física del esposo y familiares</p> <p>Ausencia de apoyo afectivo para la mujer</p> <p>Las “tres demoras” en la atención obstétrica</p> <p>Mala práctica por ineficacia, ineficiencia e inefectividad para atender la urgencia obstétrica por deficiente administración y carencia de un presupuesto adecuado para capacitación, insumos, instrumentos y aparatos en el Sistema de Salud Occidental</p> <p>Atención del proceso reproductivo por personal no capacitado en el Sistema de Salud Occidental</p> <p>Asistencia tardía al control prenatal institucional</p>

Comunidades tsotsiles/ tseltales	Medicina Occidental
<p>Imposibilidad de pagar transporte a otro servicio de atención fuera de su comunidad</p>	<p>No recibir atención en el primer lugar donde se solicitó la atención hospitalaria ("demora") Detección tardía de embarazos de alto riesgo ("demora") Preeclampsia Hemorragias, dolor abdominal Eclampsia Aborto Infecciones puerperales Depresión posparto</p>

Fuente: La información sobre las comunidades tsotsiles y tseltales fue proporcionada al autor por Micaela Icó Bautista (Área de Mujeres y Parteras, de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, A.C., diciembre 2017, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas). La información bibliográfica de la medicina occidental se obtuvo de: Cataño, 1992; Freyermuth, 2014; Fajardo-Dolci et al., 2013; Hernández et al., 1994; Blanco et al., 1992; Mazza et al., 2012.

Observamos que en ambas instancias sociales existen concepciones de RI similares, y/o que se corresponden y son propias del embarazo como proceso psicossomático. En la indígena existe: dolor abdominal importante; sangrado vaginal en embarazo, antes, durante y prolongado después del parto con calentura; dolor de cabeza y vómito; tristeza después del parto con abandono de la recién nacida/o. En la medicina occidental existe: dolor abdominal; hemorragias; infección puerperal; preeclampsia; y depresión posparto.

Las diferencias se ubican en algunas enfermedades propias de la nosología cultural tsotsil-tseltal como el *me'vinil*, la pérdida del *chulel*, y el robo de la niña/o del vientre materno por parte del "*maxil*

olol' (niño mono); pero también mencionan estados psicológicos como la angustia e intranquilidad. Dentro de las causas sociales indirectas coinciden ambas en: la pobreza y falta de recursos económicos para gastos de traslado y estancia de familiares en ciudades donde se ubican las clínicas de segundo nivel de atención; violencia simbólica y física; mal trato o trato deficiente en hospitales; ausencia de apoyo efectivo familiar y comunitario hacia las mujeres; debilidad por falta de alimento o desnutrición.

Una circunstancia que no es tomada en cuenta por la medicina occidental es el temor de las/los *tsotsiles* y *tseltales* a ser trasladadas/os a un hospital localizado fuera de su comunidad, donde hablan otro idioma y utilizan distintos códigos sociales. Esto es debido a que la mayoría de estos centros hospitalarios, supuestamente resolutivos de la urgencia obstétrica, están ubicados en ciudades mestizas donde las mujeres *tsotsiles* y *tseltales* han sido sujetos de racismos históricos; además, no son el hábitat natural de sus familiares cercanos, de “los ancestros “del “reino invisible” y de los “seres poderosos...protectores” (Arias, 1975, pp. 94-95), por lo cual son potenciales elementos de RI.

Para la cosmovisión indígena la atención hospitalaria es incluida como un RI que puede producir la muerte materna. En cambio, para la medicina occidental, los sistemas locales de salud generados por las comunidades *tsotsiles* y *tseltales* y las parteras tradicionales indígenas no capacitadas ni validadas por la medicina occidental, representan el mismo RI de MM. A esta última concepción cruzada de riesgos de muerte materna, particularizando entre la sociedad mestiza y la indígena de los Altos de Chiapas, podemos aplicarle el juicio que Berovides (2011) retoma de Ortiz: “todos los pueblos tienen para sí una psicología racial peculiar, con la cual interpretan a su modo las características psíquicas, tanto buenas, como malas, que ellos encuentran en los habitantes de otros países” (p. 43).

Para contrarrestar los RI de la muerte materna, tanto en la obstetricia de la medicina occidental como en las parterías tradicionales indígenas o tradicionales no indígenas, se ha utilizado la AP la

cual, para la medicina occidental, representa uno de los cuatro pilares de la maternidad segura, junto con la planificación familiar, el parto limpio y seguro y la asistencia obstétrica esencial.

La atención prenatal se ha adoptado en todo el mundo y sigue los mismos principios que en Europa y los Estados Unidos de Norteamérica, por lo menos en lo que se refiere a las recomendaciones sobre el contenido y la calendarización de las consultas. (Bergsjø, 2001, p. 38)

Si bien, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) ha emitido la Norma oficial mexicana [...] para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (DOF, 2016), que contiene criterios y procedimientos específicos para la AP, Vásquez et al. (2005) encontraron que en una clínica pública familiar de la ciudad de México “[1]a calidad de la atención prenatal se realizó de manera inadecuada, ya que la norma oficial para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido se aplicó de manera parcial” (p. 57).

Otro estudio/informe, sobre las razones de las mujeres para elegir la atención a su proceso reproductivo en el estado de Sonora, considera que:

Con respecto a la relación del personal de salud con las mujeres embarazadas, ofrece retos para mejorar la calidad de la atención percibida: la falta de confianza vinculada al trato; la rotación del personal de salud, que imposibilita personalizar la atención, y la poca calidez en las interacciones. Estos factores, entre otros, favorecen que las mujeres opten por las nuevas modalidades del parto en casa, asociadas al parto humanizado. (Aranda, 2015, p. 30)

A modo de sugerencia, concluye: “Para lograr disminuir la mortalidad materna, Sonora, como otras entidades federativas del país, debe mejorar los estándares de atención de la salud de la mujer” (Aranda, P. et. al., 2015, p. 30).

Una situación similar al estado de Sonora sucede en el estado de Morelos, pues también existen barreras para el acceso y utilización de los servicios de AP, ya que las mujeres que no recibieron atención en el primer sitio donde lo solicitaron "...corrieron un riesgo 6.5 veces mayor de morir que las que sí fueron atendidas en esta primera instancia" (Hernández et al., 1994, p. 525). Esta investigación de casos y controles concluye: "...si todas las mujeres del estudio hubieran recibido tan oportunamente la atención, la mortalidad materna se habría reducido en un 82 por ciento" (Hernández, 1994, p. 527) ya que no se detectaron las complicaciones a tiempo. Por esta deficiente AP un buen número de mujeres embarazadas en zonas suburbanas y regiones indígenas asisten tardíamente a su primera cita hospitalaria u optan por otras formas de atención.

Uno de los propósitos de la AP es provocar resistencia en las mujeres embarazadas ante los RI percibidos. A esta situación le he denominado resistencia obstétrica (RO). La RO es la capacidad de una mujer para formar un "escudo psicológico protector" y superar las diferentes adversidades durante su proceso reproductivo. La conformación de la RO depende de las características genéticas y psicosomáticas de cada mujer; de la concepción personal de riesgos que imagina enfrentará; de los conocimientos sobre la tipología de riesgos que le ha sido transmitida por su cultura o por contacto con otras culturas; y del tipo de riesgos, respuestas generadas y resultados obtenidos al enfrentar riesgos específicos en embarazos anteriores. En conclusión, los riesgos son somatizados o corporalizados, proceso que influye en las características del trascurso y desenlace del proceso reproductivo femenino.

En las culturas tsotsil y tseltal actuales y en las JI, en particular, aún existen conocimientos y prácticas de AP imbuidas de elementos culturales prehispánicos¹⁰ que coadyuvan a procurar RO, en las mujeres, en general y, embarazadas, en particular. Estas son: los sueños y las inteligencias de las JI.

¹⁰ Por razones de espacio, no abordaré a profundidad los elementos prehispánicos de la AP en sus transformaciones específicas y continuidades coloniales y poscoloniales.

LOS SUEÑOS

En la lengua tsotsil existen variantes lingüísticas regionales para el perfil de la partera que no es *ilol*: *jvetom* (Page, 2005, p. 327); *jve't'om*, *j'netom* (OMIECH, 2010, p. 9). En lengua tseltal: *tam alal*. Todas ellas implican las acciones de sobar y recibir algo en sus manos *jtom* o *jtam*. La palabra *alal* u *olol* (tseltal y tsotsil) significa niña/niño. El término *j'ilol* o *ilol* (tsotsil), *ilvanej* (tseltal) determina la persona que “puede ver” (Page, 2005, p. 323), percibir e incidir en la “otra realidad” (Garza, 2012, p. 10), la de las energías biosociales¹¹ participantes en los procesos salud-enfermedad, a través de la incidencia e interpretación del sueño y los sueños, y del desarrollo de ciertas inteligencias. Debido a que el sujeto específico de interés es la partera que generalmente es madre y/o abuela, real o simbólicamente, le antepondré el prefijo *me'*. La denominación completa en lengua tsotsil sería: *me' jtom olol ilol (JI)*.¹²

La mayoría de las JI son mujeres de más de 30 años y monolingües. Su saber y práctica médicos no incluyen elementos propios de los cursos de capacitación que el Estado mexicano, y algunas ONG, han estado impartiendo a mujeres jóvenes y parteras desde hace aproximadamente 15 años en los Altos de Chiapas. A la denominación *j'ilol* o *ilol* el médico antropólogo Page (2005), en su libro *El mandato de los dioses*, la incluye entre los “mandatos” (p. 328). Este “mandato” (proveniente de un ser superior, generalmente Dios personificado por una mujer u hombre ancianos) se presenta en el sueño de la niña, desde los ocho o diez años, para que inicie el proceso de esta actividad terapéutica. En ausencia de este “sueño de mandato” la niña no podrá llegar a ser JI. Algunos antropólogos la refieren como “chamán”, concepto que ha criticado y diferenciado Page del de *j'ilol*.

¹¹ En este caso nos referimos a lo “energético biosocial” como la estructuración (movimiento y relaciones) de energías (físicas, químicas, psicológicas) incidentes en un ser humano, generadas por procesos de interacción dialéctica biosocial.

¹² Este concepto es resultado de la asesoría proporcionada por el lingüista tsotsil Enrique Pérez López, director del Centro de Lengua, Arte y Literatura Indígena, San Cristóbal de Las Casas, 11 enero 2016.

Entre los tsotsiles y tseltales (*pik k'abal*) es el personaje (hombre o mujer) cuya diferencia básica de otros mandatos (hierbero, huesero, partera no *j'ilol*) es que la JI llega al diagnóstico por medio de la toma del pulso radial y/o interpretación de los sueños; y, entre sus procesos de tratamiento, utiliza primordialmente: diálogos con la embarazada y los familiares; rezos; limpiezas con plantas, animales o huevo; soplidos con alcohol de caña. La mayor parte de los saberes terapéuticos que utiliza se generan de sus sueños; los menos por transmisión oral de otras parteras. El saber y práctica de las parteras capacitadas y validadas por el sector salud o por escuelas de partería y parteras indígenas no JI no corresponden a la materia de reflexión principal de este ensayo.

Si bien la JI está delimitada geográficamente en Los Altos y parte de la zona Norte de Chiapas, algunas de sus características históricas, saberes y prácticas son compartidos por otras parterías de México y algunos países de Latinoamérica y, seguramente, de otros países del hemisferio Sur.

Para que una niña tsotsil o tseltal, que experimenta un “sueño de iniciación”,¹³ siga el camino de conversión en una JI, es necesario que los elementos del núcleo duro cultural (López, 2001, 2016)¹⁴ sean propicios para el desarrollo de las inteligencias propias de esa niña. El núcleo duro cultural dará forma y cuerpo a la personalidad de la JI a través de prácticas y sistemas simbólicos específicos; sin interrumpirse el proceso onírico de aprendizaje y desarrollo de estas inteligencias durante toda su vida.

¹³ Sueños en los cuales la niña recibe el mandato para ser JI.

¹⁴ Según López Austin, el núcleo duro cultural de los pueblos indígenas actuales contiene elementos matrices de la cosmovisión y cultura material prehispánicas (las cuales también fueron dinámicas en cuanto la AP), que se han conservado con ciertas modificaciones. Por ejemplo: rezos, sueños, sobadas en el embarazo, nomenclatura y utilización de plantas medicinales, construcción del temazcal, posiciones durante el parto, entre otras. Existen culturas indígenas en las cuales el núcleo duro ha sido trastocado severamente o desaparecido (consultar el trabajo de Veronika Sieglin, sobre la erradicación de la partería tradicional indígena en el estado de Nuevo León).

El ambiente cultural es el responsable de apoyar y darle curso a las diversas inteligencias individuales, las desarrolla más unas que otras, las amalgama unas con otras, no todas en la misma forma, dando curso a su desarrollo, ya sea en forma individual o entrelazadas en múltiples redes. Esto hace las variables de experiencias sociales, en la confluencia con ambientales, biológicas y mentales de cada individuo. (Gardner, 1994, p. 366)

Los sueños son utilizados en dos formas: en el ámbito de su interpretación, como una señal de mandato para iniciar el camino de aprendizaje de JI; y como elemento de diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Para esclarecer el proceso fisiológico del sueño y su producto, los sueños, definiremos estos conceptos y, en forma general, explicaremos su producción biosocial ejemplificándola con narraciones de sueños de iniciación, aprendizaje y de diagnóstico/terapéutica.

Retomando la idea de Garza (2012, p. 28) el sueño es el “hecho de dormir”, y los sueños son el “sueño de soñar”. El sueño en humanos es un estado específico fisiológico cerebral, que inicia consciente y continua en estado inconsciente, donde intervienen elementos energéticos biosociales. Para complementar, Garza lo define como:

Un estado complejo y altamente organizado, asociado con cambios reversibles en la conciencia, con propiedades de encendido en las redes neuronales, flujo de sangre cerebral, perfiles de expresión de genes, química del cerebro y la actividad del sistema nervioso autónomo. (Garza, 2012, p. 29)

Los sueños son imágenes y sonidos percibidos durante el sueño, producto de las experiencias, seleccionadas y filtradas, de interacciones con el medio biológico y social. Reflejan, como si fuera realidad, hechos, deseos, alegrías, ira, angustias y sentimientos vividos, todos ellos procesados neurológicamente en la vigilia. “En el sueño están enterrados los insondables secretos profundamente personales de todos nosotros [...] los enigmas de la personalidad” (Gaer, 1967, pp. 7-8). Además, existe una “...correspondencia entre pautas de sueño

y rasgos de la personalidad...” (Gaer, 1967, p. 132). Tobón (2015), citando textualmente a Holand (2004, pp. 172-180) explicita:

Estas referencias ponen al descubierto que los conceptos, las prácticas culturales y los sueños se encuentran mutuamente implicados. La mente y los sueños son afectados por las experiencias culturales, y a su vez, compartir y narrar los sueños contribuye a alimentar las formas en las que sentimos y pensamos tales experiencias [...] el contenido de los sueños puede ofrecer pistas importantes sobre nuestras experiencias vitales, nuestras relaciones sociales y los vínculos entre uno mismo, el cuerpo y el mundo que ocupamos. (pp.350-351)

Debru (2009, p. 165), Brailowsky et al. (1992) y Prospero et al. (2009) sostienen que el aprendizaje a través del sueño y los sueños tiene participación de un componente genético y otro ambiental (relación con la naturaleza y lo social). El primero es el que va a definir hasta donde el segundo retoma e incorpora ciertos elementos para el aprendizaje (Prospero et al., 2009). Con este argumento podemos deducir que algunos de los patrones del sueño y los sueños de las actuales JI son transferidos a través de sus ancestras. En conclusión, en el sueño y los sueños de aprendizaje existe una recursividad entre lo biogenético, lo psicopersonal/corporal y lo sociocultural.

El proceso de los sueños de “mandato” es generado y da inicio en algunos ambientes familiares y comunitarios indígenas, en los cuales los saberes y las prácticas referentes a la mujer y su proceso reproductivo circulan se explicitan e impactan de manera contundente en algunas niñas y adolescentes. O sea, que un “sueño de soñar” es la “señal” para que sean JI.

- Estaba sentada en mi casa. De pronto vino una persona, un señor, a hablarme. El señor se dirigió a mí con un trato de confianza, como si ya fuéramos familiares. Me dijo:
- Cuñada te vine a ver, a platicar. Déjame entrar.
- Medité unos segundos y respondí:
- Bien, puedes esperar a mi hermanito.

-No, quiero hablar contigo.

-Él entró con su hija y yo les acerqué una banquita para que se sentaran. Cuando ya estaban sentados, yo miraba que traía algo en su red colgada de su hombro. Eran seis refrescos.

-Bueno cuñada, vine a platicar contigo, tengo preocupación pues quiero que tus manos vean el vientre de mi hija.

-Pero... ¿Por qué? No sé nada.

-Pero tienes que hacer favor, por eso traje a mi hija.

-Pero es en balde, no sé nada.

-Bueno, así que no sabes nada sobre cómo atender... de todas formas nos vamos a tomar el refresco.

Empezó a repartir la bebida y otros dos refrescos para mis hermanos mayores.

-No puede ser, ¿qué tal si me regañan por recibir los refrescos? No sé nada.

-No digas eso, tienes que saber, porque vas a recibir el petate ahora donde se puede acostar mi hija para que la sobes y revisar su vientre. Aquí la tienes que atender, checar, ver si va a estar bien el bebé y acomodarlo. Para que mi hija no esté sola, por eso quiero pedir prestados tu pie y tu mano. Tienes que hacernos el favor. Me cuidas a mi hija, te lo digo claro. Tómate tu refresco porque tiene significado, no así nomás.

-Bueno -recibí el refresco-. No vi cómo tendió el petate. De pronto, ya estoy sobando, revisando si está posicionado, si está atravesado el bebé. El papá de la muchacha está hincado en la orilla de la cabecera del petate. Entonces, él puso la palma de su mano derecha en la frente de su hija, y me dijo:

-Aquí te acompaño, no vas a estar sola, te voy a ver sobar el vientre de mi hija. Voy a estar viendo también a mi hija y la forma en que obedeces mi mandato.

-A los quince días, después de ese sueño, vinieron a buscarme para atender a una embarazada. No sabían si soy partera. Me pidieron que fuera a atenderla y lo hice como me mostraron en mi sueño. Así como me dejó Dios todo poderoso. (JI Manuela H., 2016, entrevista y traducción del tsotsil al castellano por Micaela Icó, agosto, Loom, municipio de Chenalhó)

Pero los sueños también traen consigo la continuidad y dilatación del conocimiento de la JI durante toda su vida:

Para no perder los conocimientos de una partera y seguir difundiendo esta labor, se tiene que seguir practicando; es por esta razón que Dios nos dio ese don; porque algunas lo sueñan y aceptaron esa labor [...] Hacer caso a los sueños y cumplir si ven que los quieren que cumplan ese sueño. No se aprenderá así nada más, sin soñar primero [...] Como parteras no aprendimos por medio de capacitaciones por alguna institución, sino que aprendimos al atender, nosotras mismas, nuestros propios partos, por los sueños y por la enseñanza de nuestras mamás. (OMIECH, 2014; “Encuentro de Parteras Indígenas Tradicionales del Área de Mujeres y Parteras”, entrevista y traducción del tsotsil al castellano por Micaela Icó, 27 y 28 febrero, San Cristóbal de Las Casas)

En la mayoría de las comunidades tsotsiles y tseltales de Chiapas aún “... los sueños, tanto a familiares como a parteras, les revelan diferentes símbolos, referenciados o conectados en torno a la maternidad” (Sánchez, 2006, p. 4). En este proceso agregaríamos a las mismas embarazadas. No obstante, la JI tiene más desarrollada esta capacidad para interpretar los símbolos oníricos de las posibles complicaciones en el embarazo:

Los problemas los soñamos. ¡Sí, lo sueño!, cuando mi trabajo va a salir bien, cuando no voy a tener problemas, yo sueño a mis protegidas desde antes que vengan a pedirme el favor; cuando hay problemas, desde antes sé que algo anda mal y por eso las ayudo. (Sánchez, 2006, p. 4)

En las comunidades tsotsiles de los Altos de Chiapas, las JI saben que durante un “mal sueño”, el *ch’ulel*—alma de la embarazada— camina mucho, sale de su cuerpo y se va a lugares lejanos donde recibe, de otros *ch’ulelik*, objetos o comida que la pueden dañar; o, también, el *ch’ulel* se puede resbalar, caer o sufrir algún accidente, situación que le puede dañar e imposibilitar para que regrese a su cuerpo.

En la región Norte del estado de Chiapas, las JI interrogan a la parturienta sobre las características de sus sueños y, por medio de la interpretación de estos, llegan a un diagnóstico:

En este caso, la embarazada desde hace un par de semanas, siente ligeras molestias en el vientre; en el sueño se le han revelado los primeros síntomas de un posible malestar; sueña que el bebé nace primero con los pies (*bot'omts'a ayinel*), medio cuerpo se queda dentro del vientre, lo que ocasiona miedo a la futura madre. Esto indica gran peligro tanto a la mujer como para el bebé. Aún y cuando no se han presentado otros signos de urgencias obstétricas durante el embarazo como suelen ser sangrados (*snup chamel*), mareos (*chawaj*), ataques (*tupul ik'*), dolor de cabeza (*kux jolol*), hinchazón de manos y pies (*sijit'emal okol k'abal*), calentura (*k'ak'*), o cualquier otro signo extraño o anormal. (Sánchez, 2006, p. 3)

Estas características y funciones de los sueños, como proceso biosocial, son utilizadas por las JI como coadyuvantes en la generación de seguridad en la embarazada para afrontar los RI y sus posibles complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.

LAS INTELIGENCIAS

Para explicar las inteligencias de la JI utilizo la teoría de las inteligencias múltiples de Gardner. Según esta teoría existen las siguientes: lingüística, cinestésicocorporal, espacial, naturalista, personal (intrapersonal e interpersonal), lógico matemática y musical (Gardner, 1994). Las cinco primeras son desarrolladas por la JI. Las inteligencias son inherentes a todos los seres humanos. Son habilidades, destrezas, capacidades o pericias (el conocimiento tácito de cómo ejecutar algo –o al menos en parte– por medio de más de un sistema sensorial). El concepto inteligencia “viene a sintetizar y describir la capacidad de procesar, comprender y usar eficazmente las emociones como capacidades adicionales de cada persona” (Goleman, 1996, citado en Vázquez y Manassero, 2007, p. 251). Sus bases son biológicas y sociales, y tiene cada una sus sistemas y reglas. Generalmente se combinan y complementan para potencializarse y son utilizadas para resolver problemas (Gardner, 1994). Las inteligencias específicas “... son ficciones útiles para hablar de procesos y habilidades [...] no

existen como entidades físicas verificables, sino como construcciones científicas de utilidad potencial” (Gardner, 1994, p. 105).

Cada grupo social, según sus necesidades (en el caso de la salud/enfermedad/cuidado para prevenir y aliviar el dolor innecesario) y su cultura, determina y procura desarrollar inteligencias embrionarias y latentes en ciertos individuos utilizando la “*herencia de transmisión conductual*, que se da básicamente para caracteres conductuales y se transmite de fenotipo a fenotipo, por medio de varios mecanismos de aprendizaje social o de grupo, como: enseñanza, reforzamiento de estímulos, observación, imitación, impronta... maternal” (Berovides, 2011, p. 33).

La partería tradicional que ejercen las JI es una de estas características conductuales “con alto valor de supervivencia” (Berovides, 2011, p. 33) para los grupos humanos que la producen. No obstante, esta variación conductual no está determinada únicamente por el ambiente cultural, sino que en la estructuración de sus caracteres intervienen también elementos genéticos. Es decir, que se generan en las parteras tradicionales variaciones conductuales (desarrollo de inteligencias) “medianamente heredables” (Berovides, 2011, p. 42).

Las inteligencias se desarrollan: como pericia psicológica para reconocer y manejar adecuadamente situaciones conflictivas individuales y sociales; como destreza lingüística para relacionar armónicamente a la embarazada, el grupo familiar y las energías que provocan el bienestar y la curación; como la capacidad de percibir la posición del niño/niña en el útero y posicionarla cefálicamente empleando la “sobada”; y como la concepción holística (filosófica, histórica, botánica, energética, ecológica/económica sustentable) sobre las plantas, animales y minerales, aunada al dilatado conocimiento sobre su utilización terapéutica y nutricional.

Inteligencia lingüística. En ella se desarrolla la memoria verbal para recordar y expresar elementos terapéuticos aprendidos; para expresar, en forma apropiada y justa, lo que la JI quiere destacar para convencer, dentro de su cultura (consejos y experiencia comunicadas a la madre, el esposo y la familia). A través de esta inteligencia,

también, utiliza el lenguaje –rezos– como un instrumento de conexión con las energías biosociales y de comunicación con la embarazada y su núcleo familiar, para coadyuvar a reforzar la tranquilidad y confianza de la mujer y el buen transcurso del embarazo, parto y puerperio.

Sí, rezamos, pido protección y bienestar para la madre: hago tres veces, cada 15 días. Le pido apoyo a Dios para que todo salga bien; que no se complique el parto. Él nos dio vida, por eso él nos protege, siempre y cuando se le pida de todo corazón; así, solo de esa forma, sale bien el parto y no les pasa nada. Cuando la mujer se recupera bien, todos nos ponemos felices y contentos, tanto la partera, como la madre que ya tiene en sus brazos a su bebé. Al final, convivimos en familia y con la mujer y su recién nacido. (JI Margarita P., 2016, “Encuentro de parteras indígenas”, entrevista y traducción del tsotsil al castellano por Micaela Icó, febrero, San Cristóbal de Las Casas)

Los rezos, en un alto porcentaje, están impregnados de elementos metafórico/simbólicos. “Los actos simbólicos, desprovistos de su significado realista, comienzan a adquirir poder de calmar y tranquilizar” (Gaer, 1967, p. 13). Estas plegarias se llevan a cabo en el hogar de la embarazada o la iglesia. Siempre estará presente la embarazada; pueden asistir el esposo y/o los familiares. Existen rezos preventivos durante el embarazo, para que este se desarrolle bien y no haya problemas con el esposo, familiares u otras personas (Freyermuth et al., 1989). Las características de cada rezo, el cual se repite tres veces, dependen del diagnóstico de las determinaciones del proceso equilibrio/desequilibrio que realiza la JI a través de la toma del pulso radial a la parturienta. El rezo va acompañado de la utilización (limpias, emplastos, baños) y/o administración oral de plantas medicinales o nutricionales y de algunos otros “secretos” para prevenir distocias durante el parto. Para cada caso la JI crea un rezo específico. A continuación, presentamos un rezo para la circunstancia en que la mujer tuvo previamente un pretendiente; los padres de este la pidieron en matrimonio para su hijo. Ni ella ni su familia aceptaron la propuesta.

El joven rechazado quedó molesto y con envidias hacia la mujer y su familia:

Señor Dios, en este momento la desbaratas, la sueltas, por coraje de su corazón, por coraje de su cabeza.

Su lágrima de su ojo, lágrima de su cara, lagrima de su corazón.

Por un solo corazón, por un solo pensamiento de estar juntos, lo tenía pensado para acompañar a la muchacha.

Pero no se casaron no pudieron estar juntos, no contestó su papá y ni su mamá.

Sí... ha pasado primero el otro joven, pero no lo aceptaron.

Aceptaron a este otro y le creyeron y los acompañaron y se casaron.

Que no pase nada, que no muera,

aunque tenga mucho coraje y envidia del otro en su corazón...

Malas habladas, corazón pequeño, pensamientos pequeños de los que llegaron a pedirla.

Se sintieron mal porque no aceptaron que lo acompañara

y se casara con ella, que está aquí ya preñada.

No puede ser que eso vaya cargando en su sangre, en su cuerpo con su bebé.

La miramos todavía si no va llevando trabado su hijo dentro de su vientre, en esta cueva o tumba.

Si le dicen así, no puede ser señor Dios,

Aquí lo desbarato y extiendo todo: los colores de su cabeza, los colores de su corazón, las envidias, los corajes.

Tú sabes todo. (JI Margarita P., 2016, "Encuentro de parteras indígenas", entrevista y traducción del tsotsil al castellano por Micaela Icó, febrero, San Cristóbal de Las Casas)

Las JI tsosiles del municipio de Bochil, en el momento de sobar a la embarazada, usan el lenguaje verbal para comunicarse con el niño o niña posicionada en el útero: "¿Cómo estás hijita? ¿Ya tienes ganas de salir, ya quieres salir? Estás bien acomodadita, vas a salir rápido" (Embarazada M.G. Salazar, 1983; comunicación personal al autor, octubre, municipio de Bochil).

Inteligencia cinestésicocorporal. Incluye la capacidad de utilizar y conocer las potencialidades del cuerpo humano y sus relaciones con

diferentes posiciones, espacios y objetos. Para la JI (así como para otras parteras indígenas no JI) es central el uso de su cuerpo, principalmente sus manos. Cuando la partera “soba”¹⁵ a la embarazada tiene la habilidad de controlar sus propios movimientos para manipular y percibir el útero ocupado, de movilizar al niño o niña dentro de él y de percibir los movimientos de los músculos uterinos en relación con los movimientos de su ocupante. Cabe aclarar que esta inteligencia se combina con la inteligencia espacial, la cual hace que la partera (JI o no), en su mente, se “imagine” la posición que va tomando él o la niña dentro del útero. Así como un hábil cirujano en la medicina alópata de la cultura occidental, la partera (JI o no JI) desarrolla su inteligencia cinestésicocorporal dentro de su cultura para manipular su cuerpo, el cuerpo de la embarazada, y la niña o niño en el útero:

Siempre es importante porque hay bebés que vienen mal y se necesita acomodar en el lugar adecuado, para no tener complicaciones cuando llega el momento de nacer. Entonces, solo la partera sabe hacer ese tipo de movimientos o sobadas, para acomodar al bebé, en caso de que haya crecido mal el bebé: parado, sentado y de lado [...] Porque ella sabe y siente si está bien o mal el bebé, y sabe cómo acomodarlo al momento del parto, aunque este mal: ya sea parado, sentado y de lado (JI Marcela R., 2016; “Encuentro de parteras indígenas”, entrevista y traducción del tsotsil al castellano por Micaela Icó, febrero, San Cristóbal de Las Casas)

Al interpretar la partera el significado de un sueño “de posición del bebé”, ella procede a sentir-escuchar (*ka’iy*) y recorrer con sus manos todo el vientre. La partera puede leer una serie de signos e identificar que el bebé se encuentra en una mala posición (*bot’on ts’a*) para nacer, no viene “recto” (*ma’toj*) y se encuentra atravesado con la cabeza en posición inadecuada para nacer. (Sánchez, 2006, p. 4)

¹⁵ Para una profundización sobre la “sobada” remitimos, en este libro, al capítulo de Patrizia Quattrocchi: Resistir a la medicalización innecesaria. La experiencia de las parteras mayas de Yucatán (México), en su apartado La sobada: función y sentido.

Inteligencia naturalista. Esta inteligencia es de fácil desarrollo debido a la histórica, dilatada y específica relación de las mujeres indígenas con el medio ambiente agroecológico en el que han nacido y vivido. Al incrementar esta capacidad, la futura JI va siendo capaz de distinguir, clasificar y utilizar elementos del medio ambiente: animales, minerales y plantas. Este aprendizaje es facilitado a través de los sueños, transmisión oral y las habilidades de observación, experimentación, reflexión y su aplicación preventiva y terapéutica inmediata en el cuerpo humano, en forma simple y/o transformada. Una JI lleva a cabo observaciones minuciosas de las características del mundo natural en su aplicación cultural al proceso salud/enfermedad del género femenino y sus hijas e hijos. Los múltiples ejemplos de la inteligencia naturalista de las JI se pueden consultar en las publicaciones de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, A. C. (OMIECH, 1988, 1992, 2008, 2011, 2015) y la *Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana* (1994).

Asimismo, las parteras utilizan plantas para apurar el parto, en lugar de la clásica pastilla que dan en el hospital, y tienen un amplio conocimiento en aquellas plantas que sirven para frenar o evitar las hemorragias después del parto, causa por la que mueren muchas mujeres. (Valencia, 2003)

Inteligencia intrapersonal. La JI, a través de esta inteligencia, tiene la capacidad de descubrir, discernir, clasificar, discriminar y simbolizar sus propios aspectos emocionales y sentimientos, con el propósito de utilizarlos, influir sobre ellos y guiar su conducta durante su vida. La JI conoce adecuadamente su “Yo” individual y social, su personalidad, su crecimiento como persona para hacer frente al ambiente familiar y social multifactorial y cambiante. Esta capacidad, al interactuar con la embarazada, es utilizada y se torna en inteligencia interpersonal, ya que el “Yo” individual y social, en el proceso reproductivo de la embarazada, puede convertirse un factor de RI y la JI influye positivamente en sus distintos estados de ánimo a través de rezos simbólicos y consejos (inteligencia lingüística). Estas dos

inteligencias personales son específicas de cada cultura debido a que, en su mayor parte, se desarrollan por y en ellas, y son las que inciden con mayor impacto en la AP tsotsil y tseltal para amortiguar o prevenir el estrés en la embarazada. Este elemento del núcleo duro, cuando es compartido y aceptado por la embarazada, la JI, el esposo, la familia y su grupo social, coadyuva en la prevención de los RI de origen sociopsicológico¹⁶ presentes en el proceso reproductivo femenino. O sea, estas inteligencias personales funcionan adecuadamente en las culturas que les dan origen. Si se extrapolan indiscriminadamente entre culturas diferentes, se pueden producir impactos no deseados (Gardner, 1994, pp. 288-291). Un ejemplo es la capacitación impartida a mujeres jóvenes indígenas, por parte del Estado y algunas ONG, la cual está basada en esquemas ideológicos y con un alto contenido de elementos de la enfermería y partería profesionales de la cultura norteamericana. Esta situación de desajuste cultural obstétrico, además de tener un impacto inadecuado en la prevención del estrés de la gestante tsotsil o tseltal, está provocando un enfrentamiento entre las jóvenes indígenas aprendices de partería profesional y las parteras tradicionales indígenas, así como el desplazamiento de estas (OMIECH, 2017, 2019). La inteligencia interpersonal es un elemento de especial importancia ya que también entra en acción en el proceso de relación con el grupo familiar de la embarazada. En comunidades tsotsiles de los Altos de Chiapas, solicitar a la JI que asista a la embarazada, por parte de la pareja y algún familiar, implica inicialmente el ruego que, en primer término, tendrá como respuesta una negativa con elementos de modestia en cuanto a su persona y su trabajo parteril. Estas visitas para solicitar los servicios de la JI se llevan a cabo en tres ocasiones. Al final de la tercera la JI acepta proporcionar sus servicios, iniciándose así el proceso de infusión de seguridad emocional para la embarazada y sus familiares, el cual continuará en ascenso durante el transcurso de la atención del em-

¹⁶ Existen RI que, por las características de sus mecanismos sociobiológicos de producción, es difícil incluir en el ámbito preventivo de la AP de la JI, como es el caso de la desnutrición temprana/crónica de algunas mujeres indígenas.

barazo. A este primer acercamiento de AP, en comunidades tseltales del Norte de Chiapas, se le denominada *pat o'tan*:

En todos los casos las familias de las mujeres embarazadas ponen en práctica un tipo especial de relación social que en la tradición de esta comunidad se llama el *pat o'tan*. Es un tipo especial de petición, favor y saludo ritual entre personas de diferente posición y prestigio social que no guardan necesariamente ninguna relación consanguínea o de parentesco simbólico; es el inicio de un trato más íntimo, en este caso, entre la partera y la embarazada; es decir, al aceptar el *pat o'tan*, la partera tiene la obligación de llevar el control prenatal, atender el parto y estar atenta durante el puerperio; además, se construye una relación parental de tipo simbólico, pues se reconoce como abuela del recién nacido y, en correspondencia, la partera los reconoce como hijos-nietos *-kail-*. Para dar inicio al *pat o'tan* la visita la realiza un miembro de la familia que bien puede ser la madre de la embarazada o la suegra de ésta, pero nunca la misma embarazada. Es pues una relación de género y generacional, la visita se realiza llevando regalos a la partera. La partera corresponde y tiene la obligación de visitar a la mujer embarazada en su casa y atender el parto allí mismo. (Sánchez, 2006, p. 3)

En la misma región Norte, pero en la comunidad tseltal-chol Nuevo Paraíso:

La partera no solo comparte visiones del mundo, sino a través del significado de la pobreza genera lazos de solidaridad y con el ejemplo enseña y ofrece consejos para formar conciencia, responsabilidad [...] dejando ver el apoyo que se puede obtener de la población y el apoyo del Todo Poderoso. (Méndez, 2010, pp. 43-44)

Ambos protocolos dialógicos y las características de esta relación comunitaria, en las regiones tsotsil y tseltal, forman parte de su núcleo duro cultural.

UNA PROPUESTA PARA LA REPRODUCCIÓN DE LA JI

Como referimos en el apartado previo, la mayoría de los programas y proyectos nacionales de capacitación hacia jóvenes y parteras indígenas tienen como propósito implantar valores, metodologías y contenidos de la enfermería y partería de la cultura norteamericana, sin tomar en cuenta las diferentes realidades sociales locales (Jordan, 1979; Cosminsky, 1976; Kelly, 1995). Esta es una característica modernizadora, muy peculiar del paradigma biomédico mundial: “su razón”. Sobre esta modernización, sanitaria-obstétrica en nuestro caso, Gereffi (1986) menciona:

La suposición básica de los estudios de la modernización ha sido que las instituciones y valores de Estados Unidos, por lo menos en su forma idealizada, representan un mundo apropiado que deben imitar otras sociedades menos afortunadas. Se considera que el subdesarrollo es un estado original caracterizado por el tradicionalismo; así pues, el desarrollo consiste en abandonar estas características y adoptar las de las naciones avanzadas. (p.15)

Proponemos que los métodos pedagógicos, encaminados a coadyuvar a la disminución de la MM en regiones indígenas, den prioridad y refuercen la AP. Estos métodos deben poseer la característica principal de ser únicamente catalizadores de los procesos culturales-sanitarios que, de forma cotidiana, las comunidades tsotsiles y tseltales están implantando desde hace muchos años para la reproducción social y formación de parteras. A esto le he denominado *Método Micaela Icó*. Micaela es promotora tsotsil desde hace 32 años de la partería tsotsil/tseltal en regiones mayas de Chiapas. La actividad de catalización consiste en promover y moderar encuentros entre JI, niñas, parteras jóvenes y jóvenes no parteras indígenas, con el propósito de generar intercambios y análisis de inquietudes, problemas, ideas, experiencias, prácticas y “sueños de iniciación” y aprendizaje sobre la partería local. Estos encuentros se instrumentan en

las propias comunidades y tratan de “reproducir” parte del ambiente cultural específico mediante la comunicación verbal y corporal, que coadyuvará a impulsar los procesos de sueño y desarrollo de las inteligencias propias de las niñas y jóvenes indígenas que les serán de utilidad para llegar a ser JI. El componente básico de estos mecanismos pedagógico-culturales, en la teoría de Gardner, es el desarrollo de inteligencias que generan las culturas locales y que participan en la AP.

Para implantar programas y proyectos de capacitación a jóvenes y parteras indígenas se deberían tomar en cuenta (Gardner, 1994, pp. 375-380):¹⁷

- Las habilidades especializadas que las sociedades indígenas tseltal/tsotsil (o grupos de estas) han determinado desarrollar en ciertos individuos
- Las clases de inteligencias involucradas
- Los principales agentes transmisores de conocimientos sobre la partería
- El contexto social en que transcurre esta transmisión de conocimientos
- La naturaleza de las inclinaciones innatas; o sea, el sustrato biológico humano
- Los procesos heterogéneos de desarrollo en las niñas indígenas
- Cómo el sustrato biológico y los procesos de desarrollo, en las niñas indígenas, son influenciados por su cultura (y/o elementos culturales externos) y el medio o exterior biológico

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La AP que practican las JI tstsiles y tseltales, de los municipios de las regiones Altos y Norte del estado de Chiapas en México, refuerza el proceso de afrontamiento a la mayoría de los RI que perci-

¹⁷ Estas propuestas de Gardner fueron adaptadas a la partería tsotsil y tseltal.

ben las mujeres indígenas embarazadas, los cuales inciden sobre su mente y cuerpo, pudiendo conducir a la MM.

Si los riesgos manejados en la AP son extrapolados inadecuadamente de una cultura a otra diferente, la AP no podrá incidir como “amortiguante” de factores estresantes en la embarazada, dejando a los mecanismos neuroendocrinobioquímicos potencializar las reacciones de inseguridad y miedo al dolor. Este estado mental y somático de la embarazada intervendrá y alterará su proceso fisiológico reproductivo, convirtiéndose en un factor de RI de MM.

Para avanzar en la comprensión de la generación de las complicaciones del proceso reproductivo y la MM, como procesos inmersos en lo social y lo bioneuropsicológico, es ineludible que el binomio cosmovisión-factores de RI sea ubicado en su origen y naturaleza cultural e intercultural, así como en una “red” de determinantes multi e interdisciplinarios. Por tal razón se deben investigar, en cada grupo social, la evolución histórica y el estado actual de su concepto de RI y los RI específicos que han generado y concebido.

En las investigaciones académicas y diseño de políticas, programas, proyectos e intervenciones únicas, la AP debe jugar un papel primordial ya que se trata de evitar, en lo posible, que los determinantes biosociales y personales, que participan en la “red” del proceso reproductivo femenino, actúen lo menos desfavorablemente desde el periodo prenatal.

Se deben diseñar políticas, programas, proyectos e intervenciones únicas que tengan como estrategia pedagógica básica servir como catalizador/impulsor de los mecanismos médico-culturales que históricamente las comunidades indígenas han implantado para coadyuvar a mejorar la atención en el proceso reproductivo de las mujeres. De tal manera, es necesario conservar e impulsar la reproducción de la partería tradicional indígena tseltal y tsotsil que practican las JI en el estado de Chiapas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aranda Gallegos, P., Figueroa Ibarra, C., García Puga, J. A., Quintana Zavala, M. O., Martínez de Jesús, F. & Carrera Pérez, C. (2015). *Razones de la elección del tipo de atención del embarazo, parto y puerperio: estudio en Sonora*. Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/8.Informe_Sonora.pdf
- Argueta, A. & Cano, L. (Eds.). (1994). *Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana* (3 tomos). Instituto Nacional Indigenista (INI).
- Arias, J. (1975). *El mundo numinoso de los mayas: estructuras y cambios contemporáneos*. Sep Setentas.
- Berovides, A. (2011). *Conducta humana ¿Herencia o ambiente?* Científico-Técnica.
- Berrio, P. (2014). Trayectorias reproductivas y prácticas de atención entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero. En Ángeles Sánchez Bringas (Ed.), *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México* (pp. 211-243). Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco-ITACA.
- Bergsjø, P. (2001). What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity? En Vincent De Brouwere y W. Van Lerberghe, *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Studies in Health Services Organisation & Policy, 17, ITGPRESSS.
- Blanco Muñoz, J., Hernández Muñoz, R., Montiel Cervantes, A. L., Huerta Pérez, L., Medina Corona, S., Ojeda Velázquez, M., Cruz Valdez, A., José Dubón Tomé, F., Rodríguez Martínez, M. L., & Recio Pérez, J. (1994). Mortalidad materna en el área Huichol del estado de Jalisco, México. *Salud Pública De México*, 36(3), 263-268. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5756>
- Brailowsky, S., Prospero, O., García, J., & Álvarez, M. (1992). Identical twin studies indicate genetic influence on human sleep patterns. *Neuroscience*, 1, 83-88.
- Cataño, O. (1992). Mortalidad materna y factores de riesgo asociados. Estudio de casos y controles. Área metropolitana de Medellín. Octubre 1 de 1988 septiembre 30 de 1989. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*, 43(3), 187-193. <https://bit.ly/2AvgvAw>
- Cosminsky, S. (1976). Cross-cultural perspectives on midwifery. En X.

- Francis, S.J. Grolling, y H.B. Haley (Eds.), *Medical anthropology* (229-248). Mouton Publisher.
- Debru, C. (2009). *Neurofilosofía del sueño*. CSIC Press.
- DOF (2016). NOM-007-SSA-2 (2016), Para la atención de la mujer embarazada, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. *Diario Oficial de la Federación (DOF) de la República Mexicana*. <https://bit.ly/38tmdzw>
- Espinosa, J., Contreras, F., & Esguerra, G. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Diversitas- Perspectivas en psicología*, 5(1), 87-96.
- Fajardo-Dolci, G., Meljem-Moctezuma, J., Vicente-González, E., Venegas-Páez, F. V., Villalba-Espinoza, I., Pérez-Cardoso, A. L., Barrón-Saldaña, D. A., Montesinos-Gómez, G., Aguirre-Güemez, A. V., Novoa-Boldo, A., Mendoza-Larios, L. A., López-González, R., Mazón-González, B., & Aguirre-Gas, H. G. (2013). Análisis de las muertes maternas en México ocurridas durante 2009. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(5), 486-495. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4577/457745491002>
- Freyermuth, G., Cadenas, B., & Icó, M. (1989). Atención del parto y del recién nacido en parteras indígenas de la región de los Altos de Chiapas. *Cuadernos Mujeres en Solidaridad, Apoyo a la Mujer Oaxaqueña*, (1),1-22. Serie Nuestra Salud (AMO): Gobierno del estado de Oaxaca.
- Freyermuth, G. (2014). La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad, *Revista Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, 12(2)30-45. <https://bit.ly/31Hvse0>
- Gaer L., & Gay, S. J. (1967). *El sueño*. Siglo XXI.
- García, A. (2005). El riesgo como construcción social y la construcción social de riesgos. *Desacatos* (19), 11-24.
- Gardner, H. (1994). *Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples*. Editorial FCE.
- Garza, M. (2012). *Sueño y éxtasis. Visión chamánica de los nahuas y mayas*. FCE-UNAM.
- Gaviria, A. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 10-224. <https://bit.ly/3iupDqj>
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Kairós.
- Gereffi, G. (1986). *Industria farmacéutica y dependencia en el tercer mundo*. FCE.
- Hernández, B., Langer, A., Romero, M., & Chirinos, J. (1994). Factores

- asociados a la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos, México. *Salud Pública Méx*, 36, 521-528. <https://bit.ly/2NTX7QU>
- Herrera, J., & González, M. (1987). El ambiente psicosocial y las complicaciones obstétricas. *Colombia Médica*, 18(2), 55-61.
- _____. (1988). El entorno psicosocial y la inmunidad celular en la paciente embarazada. Informe de investigación. *Estrés y Salud* 4(1), 49-56.
- Herrera, J., Gao, E., Shabuddin, HKM., Lixia, D., Wei, Y., Faisal, M., Barua P., & Akhtner, H. (2006). Evaluación periódica del riesgo psicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. *Colombia Médica*, 37(1) 6-14.
- Hollan, D. (2004). The anthropology of dreaming: Selfscape dreams. *Dreaming*, 14(2-3):170-182.
- Jordan, B. (1979). Training courses for traditional midwives in Yucatán, México. *American Public Health Association*, 3-22. Report. Agency for International Development. Office of Population.
- Kelly, I. (1995). El adiestramiento de parteras en México, desde el punto de vista antropológico. *América Indígena*, 55(2) 109-117.
- León, N. (1910). *La obstetricia en México*. Edit. Tip. de la Vda. de F. Díaz de León, Sucs.
- Leonetti, C., & Martins, L. (2007). Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal: revisión de la literatura. *Latino-Am.Enfermagem*, 15(4), 1-8 <https://bit.ly/3goroTR>
- López, A. (2001). El núcleo duro, la cosmovisión y la tradición mesoamericana. En J. Broda y F. Báez-Jorge (Eds.), *Cosmovisión, ritual e identidad de los pueblos indígenas de México* (pp. 47-65). Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/FCE.
- _____. (2016). La cosmovisión de la tradición mesoamericana. *Arqueología Mexicana*, (68), 8-24. Edición especial. Primera parte.
- Marín, D., Bullones, M. A., Carmona, F., Carretero, M.I, Moreno, M.A., & Peñacoba, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación*, 37, noviembre, diciembre.
- Mazza, M., Vallejo, C., & González, M. (2012). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(4), 233-248. <https://bit.ly/2ZM0XAO>
- Méndez, G. (2010). *El papel de la partera indígena durante la maternidad en el ejido Nuevo Paraíso, municipio de Yajalón, Chiapas* [Tesis de licenciatura] Universidad Autónoma de Chiapas, Facultad de Ciencias Sociales Campus III, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

- Núñez, I. (2014). La percepción de la maternidad en un grupo de mujeres rurales. En Ángela Sánchez Bringas (Ed.), *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México* (pp. 235-261). Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- OMIECH. (1988). *Memorias del tercer encuentro de médicos indígenas del Estado de Chiapas. Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas*. Julio, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.
- _____. (1992). *Poxil ta vomoletik. Plantas medicinales utilizadas en el embarazo, parto y puerperio. Recetario bilingüe tzotzil-castellano*, 2ª ed. OMIECH-IMSS.
- _____. (2008). Mortalidad materna. Recetas de plantas medicinales para ayudar a su prevención. *Boletín del Área de Mujeres y Parteras*, (19), 1-21.
- _____. (2010). Los mandatos de la medicina indígena tradicional maya. *La medicina maya* (1), 3-19.
- _____. (2011). Plantas medicinales mayas. Recetario bilingüe. *La medicina maya*, (2), 2-66.
- _____. (2015). *Saberes de las parteras mayas. Recetario de plantas, animales y minerales*, (2)1-42. Área de mujeres y Parteras (Ed.). San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
- _____. (2017). *Tres comunicados denunciando el etnocidio de la partería indígena en Chiapas*. Área de Mujeres y Parteras de la OMIECH. shorturl.at/nzBS8
- _____. (2019). *Pronunciamento. La desaparición de las parterías tradicionales indígenas en México*, marzo. <https://cutt.ly/goH32fc>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Más allá de las cifras. Revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad más segura*. <https://cutt.ly/boH8aTg>
- Page, P. (2005). *El mandato de los dioses. Etnomedicina entre los tzotziles de Chamula y Chenaló, Chiapas, México*. Programa de investigaciones multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste-UNAM.
- Palacios, E., Pozo, J., Rivera, L., Vélez, R., & Zumba, W. (1993). Implicaciones médico sociales del embarazo en madre adolescente y su hijo. Hospital Vicente Corral Moscoso 1993. Cuenca-Ecuador. *Rev. Fac. Cienc. Med.*, 21(3), 50-64. <https://cutt.ly/OoH89Ti>
- Próspero-García, O., Guzmán, K., Méndez-Díaz, M., Herrera-Solís, A., & Ruiz-Contreras, A. (2009). Genes del sueño. *Neurología*, 48(4), 199-206. <https://cutt.ly/OoH4sy0>
- Ramos, R. (2015). La fisiopatología de la esquizofrenia resistente. En D.

- Espiño y R. Ramos (Coord.), *Actualización en esquizofrenia ultrarresistente al tratamiento* (pp. 47-57). <https://bit.ly/2VR38SN>
- Rocha, R., Franco, S., & Baldin, N. (2011). El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto. *Revista Brasileira de Anestesiología*, 61(3), mayo-junio. <https://bit.ly/3e58HD2>
- Salvador-Moysén, J., Martínez-López, Y., Lechuga-Quiñones, A., Ruiz-Astorga, R., & Terrones-González, A. (2000). Situación psicosocial de las adolescentes y toxemia del embarazo. *Salud Pública de México*, 42(2), 99-105. <https://bit.ly/2Z0DEnQ>
- Sánchez, C. (2006). *Sway Ch'ulel*. Regalos, dones y compañeros tseltales presentes en la gestación. Avances de investigación [Mimeo]. Ponencia en el Primer Seminario de Partería, 14 de marzo, Consejo de Médicos y Parteras Indígena Tradicionales de Chiapas (COMPITCH) y Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste (PROIMMSE- UNAM), San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
- Solís, L.H., & Morales, S. (2012). Impacto de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Horizonte Médico*, 2(12), 49-52.
- Tobón, M. (2015). Los sueños como instrumentos etnográficos. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 10(3), 331-353. <https://bit.ly/3izJEf5>
- Valencia, S. (2003). *La medicina tradicional da lecciones al sector Salud. Evita herbolaria muerte materna en 12 comunidades de Chiapas*. Comunicación e Información de la Mujer, A.C. (CIMACNOTICIAS), 25 julio. <https://bit.ly/2W8FcdN>
- Vásquez, C. (2016). *Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal* [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, E.A.P. de Obstetricia.
- Vázquez, A., & Manassero, M. (2007). En defensa de las actitudes y emociones en la educación científica (I): Evidencias y argumentos generales. *Rev. Eureka. Enseñ. Divul. Cien.*, 4(2), 247-271. <https://bit.ly/3g-JMooz>
- Vásquez, L., Boschetti, F., Monroy, C., & Ponce, R. (2005). Evaluación de la atención prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(2), 57-60. <https://bit.ly/3f6emKv>
- Wolf, E. (2001). *Figurar el poder. Ideologías de dominación y crisis*. CIESAS

III. LEGISLACIÓN Y PARTERÍAS TRADICIONALES

DIÁLOGOS ALREDEDOR DE LAS LEYES Y LAS PRÁCTICAS DE INCLUSIÓN DE LA PARTERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

THAIS BRANDÃO Y AMARANTA MORAL

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo se escribe a partir de una investigación realizada en Quito, Ecuador, que procuró mostrar las relaciones entre la partería y el Sistema Nacional de Salud, a partir del año 2008. La recopilación de información se realizó con un enfoque cualitativo, privilegiando la entrevista semi-estructurada a personas claves dentro del tema, que buscó revelar sus percepciones y significados dentro de categorías o conceptos utilizados en el contexto legal en Ecuador, detallado más profundamente en la metodología. Se realizará un recorrido por la metodología y objetivos de la investigación, donde se desplegará el marco legal y, en seguida, se analizarán de manera crítica los datos recabados. Finalmente se expondrán ideas claves para fortalecer el diálogo entre las prácticas biomédica y tradicional, y los principales argumentos de nuestros informantes acerca del enfoque de salud intercultural, las parteras y sus prácticas en el contexto ecuatoriano.

Dentro de esta investigación, se tuvo la intención de recabar información desde distintos actores y expertos/as relacionados/as con en el tema, para poder ampliar la discusión que estamos proponien-

do: distinguir el devenir de las relaciones entre la partería y el Sistema Nacional de Salud, a partir del año 2008, fecha de publicación de la constitución de Ecuador –una de las más progresistas y garantista de derechos a nivel latinoamericano– mediante el análisis de leyes, normativas y documentos oficiales, contrastados con entrevistas a personas clave en el ámbito de la atención al parto y la salud intercultural en Ecuador. Se toma como referencia el año 2008, pues en él se proclama una nueva Constitución del Ecuador, en la que se establecen parámetros claros en relación con la interculturalidad y la inclusión de saberes ancestrales en las diferentes prácticas estatales. Es a partir de esta Constitución que en Ecuador se empieza a pensar oficialmente en programas como la adecuación de la atención al parto a las diferentes particularidades culturales de la población indígena y afroecuatoriana.

Dicho eso, la propuesta tiene un alcance exploratorio, ya que se trata de examinar un problema poco estudiado, que no se ha abordado con mucha profundidad anteriormente (Hernández et al., 2010, p. 79). Además, estos estudios abren espacio para futuras investigaciones, determinando tendencias o perspectivas, contextos y temáticas a ser profundizadas.

METODOLOGÍA

El enfoque elegido fue el cualitativo, ya que el interés principal era revelar las percepciones y significados de las principales categorías o conceptos utilizados en el contexto de la partería ecuatoriana. Este enfoque, además, permitió profundizar en la subjetividad de las personas involucradas y contrastar estos datos con leyes, documentos oficiales y estadísticas nacionales.

Finalmente, el diseño adoptado para analizar los datos y categorías encontradas fue el de análisis de contenido, técnica de interpretación de textos en investigaciones sociales que profundiza en conocer el contenido manifiesto y el latente de determinados textos. En este caso buscaba conocer la presencia y repetición de determinadas

categorías ampliamente utilizadas por los informantes, y analizarlas con base en el contexto normativo ecuatoriano.

El muestreo fue de tipo intencional, basado en los objetivos iniciales. Fueron entrevistados/as nueve informantes de distintas áreas relacionadas con la partería en Quito. Eso significa que se intentó escuchar y compilar información primaria de expertos en el tema como fueron: parteras urbanas, docentes universitarios, funcionarios del Ministerio de Salud (MSP) y de la Organización Panamericana de Salud (OPS), así como obstetrices. En este texto se utilizarán códigos para referirnos a las y los entrevistados para mantener su identidad anónima, y respetar los preceptos éticos de cualquier investigación.

Además, esta información fue compilada utilizando un instrumento cualitativo tipo entrevista semi-estructurada, que permitió acercarse a las posturas subjetivas de cada entrevistado/a sin perder la flexibilidad de la estructura de las preguntas. Este instrumento pretendía ser una guía de preguntas importantes, con apertura para modificaciones que podían ocurrir en el acto de la entrevista, flexible por lo tanto al contexto intersubjetivo de cada entrevista realizada. En estas se abordaron temas como la definición de la partería y el rol de las parteras dentro del sistema nacional de salud, enfatizando el lugar de la partería profesional, entre otros.

Para cumplir con el estimado de entrevistas, fueron necesarios alrededor de dos meses de contactos y conversaciones, para luego empezar a transcribirlas y analizarlas en su totalidad. El análisis de estas revela unas categorías iniciales, a través de una codificación abierta, donde se encuentran datos para el análisis crítico en el cumplimiento del objetivo principal de este texto: el análisis crítico de las relaciones entre la partería con el Sistema Nacional de Salud a partir del año 2008 en Ecuador.

MARCO NORMATIVO Y LEGAL: SALUD INTERCULTURAL-PARTERÍA

Es reconocida en el ámbito internacional y nacional la decla-

ración del Estado ecuatoriano en su Constitución de 1998 como una sociedad plurinacional e intercultural, en respuesta a demandas sociales y políticas por parte de las poblaciones, realizadas principalmente tras el importante levantamiento indígena que se dio en la década de los noventa (Ministerio de Salud Pública, 2011, p. 9).

Actualmente en Ecuador existen trece nacionalidades indígenas reconocidas legalmente, con presencia en las tres regiones del país (costa, sierra y Amazonía). Cada nacionalidad mantiene su identidad, lengua y cultura de acuerdo con sus costumbres, ubicación geográfica y actividades económicas. La Carta Magna reconoció al país como multiétnico y pluricultural, y aceptando e inspirando la práctica y el desarrollo de la medicina tradicional,¹ (Constitución de la República de Ecuador, 1998, Art. 1, 44 y 84), además de que estableció el respeto y la promoción de la medicina tradicional y alternativa, y garantizó el desarrollo de otras prácticas relacionadas con la medicina alternativa o la biomedicina para la atención de la salud de la población.

Con el cambio de Constitución en 2008, este tema empezó a ser abordado de manera más específica en el país, y por esta razón se buscaron mecanismos de articulación y coordinación entre el sistema ciudadano, comunitario, de nacionalidades y pueblos, e institucional. Se establecieron algunos proyectos, sobre todo en el campo de la atención al parto, para mutar de un enfoque biomédico a un enfoque intercultural (MSP, 2011, p. 15).

Para Walsh (2009, p. 41), interculturalidad es a la vez un concepto, una práctica, un proyecto y un proceso. Se puede definir como:

... el contacto e intercambio entre culturas en términos equitativos; en condiciones de igualdad. Tal contacto e intercambio no deben ser pensados simplemente en términos étnicos sino a partir de la relación, comunicación y aprendizaje permanen-

¹ Este término citado en la Constitución se refiere a la medicina desarrollada y utilizada por pueblos y nacionalidades indígenas así como por poblaciones campesinas en el Ecuador; sin embargo, no son prácticas que se limitan a áreas rurales del país, sino que existen también en las ciudades.

tes entre personas, grupos, conocimientos, valores, tradiciones, lógicas y racionalidades distintas, orientados a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos y colectivos, por encima de sus diferencias culturales y sociales.

Además, en Ecuador la salud es un derecho que garantiza el Estado, “cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos los derechos al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”² (Constitución de la República de Ecuador, 2008, Art. 3). Asimismo, la presente Constitución afirma que la prestación de los servicios de salud “se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (Constitución de la República de Ecuador, 2008, art. 32).

Este llamado a construir “una nueva forma de convivencia ciudadana, en diversidad y armonía con la naturaleza, para alcanzar el buen vivir, el *sumak kawsay*” (CRE, 2008, Preámbulo), que apela “a la sabiduría de todas las culturas que nos enriquecen como sociedad”, requiere de la valoración de la diversidad, de formas de conocer, comprender y ser de los diferentes pueblos, para la consolidación y construcción conjunta de esa otra forma de vida. Además, de acuerdo con el Art. 57, numeral 12 de esa Constitución (2008), el Estado

² Gubernamentalmente se entiende por “buen vivir” “la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte dignas, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. El buen vivir supone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno —visto como un ser humano universal y particular a la vez— valora como objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente, y sin producir ningún tipo de dominación a otro). Nuestro concepto de buen vivir nos obliga a reconstruir lo público para reconocernos, comprendernos y valorarnos unos a otros entre diversos pero iguales, a fin de que prospere la posibilidad de reciprocidad y mutuo reconocimiento, y con ello posibilitar la autorrealización y la construcción de un porvenir social compartido” (Ramírez citado en SENPLADES, 2009, p. 6).

tiene el deber de proteger los saberes ancestrales, así como los ciudadanos en el derecho de promover y recuperar el conocimiento y prácticas de medicina tradicional dentro de los territorios.

La interculturalidad, el concepto de *sumak kawsay*, es un marco importante para pensar nuevas formas de vida, en este caso especialmente relacionadas con la salud. Sin embargo, fuera de la Carta Magna, estos conceptos necesitan mucho más que una bonita definición, ya que su incorporación en la práctica y en la totalidad de un Estado es un desafío, como afirma Walsh una vez más:

De esta manera, el marco del buen vivir en la Constitución alienta la posibilidad de retar la fragmentación y promover la articulación e interculturalización; ofrece así posibilidades para tejer una identificación social, política y cultural del país que acepte la particularidad histórico-ancestral de la región, a la vez que tome distancia del capitalismo como sistema histórico social y su arquetipo de sociedad eurocéntrico y norteamericano. (Walsh, 2009, p. 228)

A partir del establecimiento de estos derechos constitucionales en el país, se han ido implementando diversos reglamentos con la intención de avanzar en la inserción eficaz de prácticas de salud intercultural y saberes ancestrales en el Sistema Nacional de Salud. De acuerdo con la investigación de González y Corral (2010), *Definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador*, desde hace algunas décadas, los pueblos y nacionalidades del Ecuador han sostenido una fuerte lucha para que la sociedad y el Estado ecuatoriano reconozcan formalmente la existencia de sus sistemas culturales ancestrales en general, y de la partería en particular. Es por eso que la Constitución (2008) define preceptos que conectan el derecho fundamental a la salud de todas y todos los ecuatorianos con el buen vivir, los derechos colectivos y el principio de interculturalidad.

En lo que se refiere específicamente a la salud intercultural y a la partería tradicional, hubo acciones más específicas a partir de que la OMS/OPS (2000) estimuló a los países en vías de desarrollo a una

drástica revisión de sus actuaciones para la disminución de la tasa de mortalidad materno-infantil, en consonancia con uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM),³ suscritos por el Ecuador en el año 2000. Así, en el año 2002, en el contexto nacional de modernización del sector salud, se expidió la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, que establece lineamientos para la construcción de un modelo intercultural de salud. Esta ley establece lo siguiente en el artículo 6, numeral 26: “Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: establecer políticas para desarrollar, promover y potenciar la práctica de la medicina ancestral y alternativa; así como la investigación para su buena práctica” (MSP, 2002). Teniendo esto en cuenta, desde el Ministerio de Salud Pública se afirma la importancia de asegurar que todas las acciones dirigidas a terapeutas ancestrales garanticen la promoción y fortalecimiento de sus prácticas. Eso incluye a las parteras y parteros tradicionales.

En esta línea y como medida para aumentar la afluencia/acceso de mujeres que no parían en instituciones de salud, también en 2008 el Ministerio de Salud Pública emitió la Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado (GTAPCA), un documento completo y de referencia regional que tiene el propósito de ampliar la cobertura de los servicios de salud institucionales: “La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de la barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y sus familias a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto” (MSP, 2008, p. 29). Esta guía expone que: en las comunidades, pueblos y nacionalidades, las/os parteras/os son agentes de salud que hablan el mismo idioma, acompañan el tiempo necesario al paciente y no necesariamente cobran dinero, con lo que afianzan las relaciones de afecto, confianza y solidaridad en la comunidad. Por tanto, concluye que el acompañamiento de la pareja, familiares y la partera durante el trabajo de parto y posparto

³ Para más información sobre los ocho ODM planteados por las Naciones Unidas consultar: <https://bit.ly/3iAICjT>

Para más información sobre el alcance latinoamericano: <https://bit.ly/2ZIndeT>

es beneficioso para la usuaria (MSP, 2008, pp. 29, 30).

La GTAPCA (2008), que es norma de uso obligatorio, incorpora componentes de la atención tradicional del parto (posición del parto vertical, abrigo y vestimenta, alimentación) a la red de servicios de salud estatales. Se establecen criterios para la información que las usuarias deben recibir, y para un trato culturalmente pertinente, cálido y respetuoso por parte del personal médico. Adicionalmente se permite el acompañamiento de familiares, o de la partera o cualquier persona que la paciente desee durante la atención del parto. El documento sugiere, recogiendo la demanda de las propias parteras, que se defina el rol de estas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) para que ellas puedan acceder a una “participación institucionalizada” en los procesos de atención del parto culturalmente adecuado (MSP, 2008, p. 40).

Esta guía parece ser un avance en la salud pública intercultural, así como una puesta en práctica de las recomendaciones emitidas por la OMS en la Declaración de Fortaleza (1985). Sin embargo, se pueden observar también limitaciones en el concepto de interculturalidad mismo, pues quizá por una mala difusión o entendimiento, se comprendía en este únicamente a las prácticas indígenas de parto, lo que restringía su uso y aceptación para las mestizas o extranjeras.

Hoy en día, se habla desde la misma Dirección de Salud Intercultural del MSP, de parto en libre posición. Desde los últimos años se abogó por que se llamara así a estos tipos de parto, pues no solo las mujeres indígenas debían tener acceso al acompañamiento de una persona de su confianza todo el tiempo, a la libertad de movimiento durante la labor de parto y parto, a una sala y ambiente cálido, al corte tardío de cordón y al apego inmediato, a la entrega de la placenta y otras condiciones que expone y garantiza la guía (MSP, 2008).

Con el fin de continuar desarrollando políticas de interculturalidad en los diferentes sectores del Estado, el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, que es el tercer plan de desarrollo estatal presentado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), incluye: “Promover la interculturalidad y la políti-

ca cultural de manera transversal en todos los sectores” y “Promover la incorporación de la medicina tradicional y alternativa, así como los conocimientos de diversas culturas de la región en el Sistema Nacional de Salud” (SENPLADES, 2013, objetivo 5.7).

Además, en referencia explícita al sistema de salud, en el Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población, confirma que entre la población indígena el número de partos domiciliarios es de 65% (SENPLADES, 2013, p. 140), a pesar de que en el documento se pide certificar herramientas desde el MSP que garanticen “la articulación y complementariedad de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales y alternativas de salud en los diferentes niveles de gestión y atención integral, promoviendo y facilitando la participación social y el ejercicio de derechos” (SENPLADES, 2013, p. 140). En ningún lugar de los objetivos 3 y 5 se menciona la palabra “partera” o partería”, por lo que estas agentes fundamentales quedan fuera del último plan de desarrollo gubernamental.

En definitiva, y de acuerdo con la investigación de González y Corral (2010), la preocupación central de las entidades estatales e internacionales que trabajan en el tema de salud materna y neonatal ha sido la de implementar estrategias orientadas a mejorar el acceso y la cobertura del parto institucional, poniendo especial énfasis en temas de diversidad y calidad de los servicios públicos estatales, con el fin de reducir las tasas de muerte materna y neonatal.

Con este panorama legal expuesto se evidencia que, si bien en el sistema de salud se incluyen algunas prácticas de la partería tradicional, todavía es necesario equiparar los saberes, prácticas y actores interculturales, como parteras, médicos tradicionales, *yachak*, curanderos, chamanes, etc. ... La normativa nacional, en tanto que actual e incisiva, necesita todavía apertura y coraje para asumir la importancia de los saberes y las prácticas ancestrales mucho más vigentes en el Ecuador que cualquiera ley, como ocurre en otros países (Ramírez, 2005).

DIALOGANDO CON ACTORES

A partir de ese apartado, vamos a presentar los principales temas, en consonancia con la propuesta de relacionar los diálogos entre actores vinculados con la salud (biomédica e intercultural) dentro del marco de la atención al parto en Ecuador. El apartado tratará de relacionar —en forma de diálogo— las normativas oficiales junto con los testimonios de los y las informantes entrevistados(as). En este texto, al hablar de interlocutores/as dentro de la atención de la salud intercultural o biomédica, nos referimos a personas relacionadas con el tema de la atención al parto en Ecuador. La muestra fue tomada con el criterio de conveniencia, tratando de incluir todas las perspectivas pertinentes dentro del asunto en cuestión. Este cuadro señala las características principales de cada actor entrevistado.

Actor	Rol en relación con la partería
A1 mujer	Funcionaria de UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), institución con muchos avances en medidas a nivel nacional sobre salud sexual y reproductiva
A2 hombre	Partero retirado y docente de la Universidad Andina Simón Bolívar, comprometido con los saberes interculturales desde la academia
A3 mujer	Partera urbana con muchos años de experiencia con partos en domiciliarios
A4 hombre	Funcionario de la OPS (Organización Panamericana de Salud) en Quito, del Ministerio de Salud o que tiene muchos años de trabajo en el tema
A5 mujer	Obstetriz, funcionaria del MSP (Ministerio de Salud Pública de Ecuador)

Actor	Rol en relación con la partería
A6 mujer	Obstetriz, docente del curso de obstetricas de la Universidad Central del Ecuador
A7 mujer	Funcionaria de Salud Intercultural-MSP (Ministerio de Salud Pública de Ecuador)

Partería y el Sistema Nacional de Salud

Actualmente existe una diferenciación entre las parteras tradicionales y las parteras profesionales. Estas últimas fueron identificadas por casi todas las personas que entrevistamos como obstetricas. Por otro lado, en Ecuador existen parteras tradicionales urbanas y rurales, indígenas y no indígenas.

A continuación, se revisarán brevemente las particularidades que –de acuerdo con las personas entrevistadas– caracterizan a las parteras tradicionales y a las parteras profesionales. Además, se expondrá cómo funciona el Sistema Nacional de Salud en Ecuador para la atención del embarazo y parto. La exposición de estos tres elementos facilitará el análisis y el entendimiento de las relaciones entre las parteras y el Sistema Nacional de Salud.

El *Manual de articulación de prácticas y saberes de las parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud* (MSP, 20016) sostiene que:

La partería es un elemento clave de la atención sexual reproductiva, materna y neonatal. Es el conjunto de saberes ancestrales relacionados [con el] cuidado de las mujeres embarazadas, el parto, el postparto, y [el] cuidado de los niños recién nacidos. Este conocimiento se transmite de generación en generación por medio de la tradición oral. Al hablar de partería ancestral o tradicional estamos hablando tanto de un saber de las y los ancestros, como de su forma de transmisión a través de los tiempos. (MSP, 2016, p. 16)

En opinión de A1, funcionaria de UNFPA:

La partería es un conocimiento ancestral que tiene que ver con el acompañamiento que hacen las parteras en general, aunque hay hombres parteros. El acompañamiento, digamos a todo el proceso de salud, creo que tiene que ver con conocimientos de anticoncepción, también con embarazos no deseados y con la posibilidad de terminarlos, pero sobre todo conocimientos relacionados [con] controles prenatales, en el momento del parto y en el puerperio. (A1, entrevista)

Si bien las prácticas de las parteras tradicionales y de las profesionales tienen relación, también se distancian en el énfasis que la entrevistada A1 hace sobre el acompañamiento que, como se verá en las siguientes intervenciones, es un elemento esencial para la partería tradicional. El entrevistado A2 se dedica a la atención del parto en casa y desde su experiencia, describe la partería y el rol del partero de la siguiente manera:

Un arte, una práctica, un tipo de relación conmigo mismo, con las personas, con la vida, es ser comadre, ser compadre, o sea, una relación, es un vínculo la partería. Es un arte en escuchar, un arte para dar y recibir, es un arte de esperar, es una ciencia, un conocimiento para no actuar, por eso la partería para mí tiene mucho de zen, es decir, en el silencio en la quietud se hace mucho más, que haciendo, que hablando, que molestando, que dirigiendo [...], un personaje o una persona que está brindando y satisfaciendo necesidades auténticas, concretas de la mujer y del bebé y no al revés. El conocimiento ancestral, las prácticas de la partería ancestral, comunitaria, indígena, como se la quiera denominar, se basa sobre otros planteamientos, otras visiones, otras prácticas; es un arte, es un oficio que obliga a una ética, a una estética, eso lo veo en muchas partes de lo materno, de lo femenino, y eso no encuentro ni de cerca en una médica o en una obstetriz. (A2, entrevista)

A3, mujer dedicada a la partería, resalta en la entrevista las características que en su experiencia considera son necesarias en su oficio.

“[...] las personas que guiamos un trabajo así debemos tener, sobre todo, una percepción y despertar al lenguaje corporal, despertar al absoluto respeto [...]” (A3, entrevista). Asimismo, para el partero y docente A2, su oficio permite la posibilidad de crear un vínculo cercano con la mujer y su familia, de esta manera –dice– se genera confianza, empatía y seguridad (A2, entrevista).

Mediante estas reflexiones se podría inferir que una partera tradicional confía en la mujer y la familia; por tanto, afirma su propia confianza y establece un vínculo cercano con ellos. Es una persona que acompaña de manera activa, respetuosa y paciente el proceso de gestación, parto-nacimiento y puerperio, utilizando conocimientos ancestrales, que algunas veces se entrelazan con saberes de otras fuentes como, por ejemplo, el médico; pero no solamente.

ROL DE LA PARTERA PROFESIONAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A continuación, se presentará una definición de la partería profesional por una de las entrevistadas. A5, obstetra, explica que “la partería profesional básicamente tiene un lineamiento académico; tiene ciertos conocimientos científicos digamos, y ahora se está acelerando una apertura hacia otro tipo de conocimientos [...]” (A5, entrevista). A2, también partero, concuerda con lo anterior en el sentido de que es un conocimiento académico, opina que “la partería universitaria, convencional o profesional está sobre una vertiente biomédica” (A2, entrevista).

Es importante aclarar que las obstetrices en nuestro país trabajan muchas veces en centros de salud, mas no en hospitales. En Ecuador, generalmente los hospitales están divididos es hospitales de especialidades y básicos. Los básicos son los que generalmente tiene obstetrices. El entrevistado con código A4, quien es funcionario de la OPS, explica que:

Hoy no se habla mucho de la obstetrix como un recurso fun-

damental en la estructura del sistema sanitario, yo creo que ha perdido visión. Cuando hace años trabajábamos en servicios de salud en el ministerio y veíamos la temática, era un personaje importante hasta los años 90 cuando hicimos el modelo de salud familiar, el primero, la obstetrix era parte de ese equipo, hoy veo que se va perdiendo un poco [...]. (A4, entrevista)

Por eso, creemos que el hecho de que cada vez menos obstetrices sean parte del Sistema Nacional de Salud es preocupante, pues como veremos a continuación la labor de la partera profesional u obstetrix es fundamental. A6, obstetra y docente, esclarece que en Ecuador las obstetrices son las parteras profesionales y la diferencia de un médico y una obstetrix, y esto es significativo para comprender posteriormente su rol en el Sistema Nacional de Salud.

Los ginecólogos y las obstetrices venimos desde dos orientaciones distintas, los ginecólogos son primero médicos y después hacen su especialidad en ginecología y obstetricia. Los médicos están orientados a detectar patologías y a tratar patologías y como ginecólogos están para resolver los problemas gineco-obstétricos y si es que tienen que hacer una cesárea pues ellos están listos para hacer una cirugía o también para tratar problemas ginecológicos. Una obstetrix tiene una entrada directa a la obstetricia y nosotros hacemos atención del embarazo, el parto y el puerperio. Y nos vamos a todo lo normal; por tanto, nosotros procuramos detectar si cualquier tipo de patología y referir, entonces si hay una patología en una embarazada referimos al nivel que corresponde puede ser segundo tercer nivel, hospital especializado, etc. [...] con esas pacientes hacemos todo nuestro trabajo de acompañamiento en el parto, de atención en el parto, de atención del posparto. (A6, entrevista)

Esta intervención que visibiliza los campos de estudio y acción diferentes entre médicos y obstetras es fundamental, pues el trabajo y la perspectiva de estas últimas en relación con el parto hace que se lo aborde como un evento fisiológico y no patológico, valorando tiem-

pos y necesidades de la mujer y el bebé, optando probablemente por partos vaginales y recurriendo a una cesárea solo de ser justificada.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

A continuación, se explica, por medio de una de las obstetrices entrevistadas (A5), cómo funciona la atención al parto en el Sistema Nacional de Salud, para que sea más fácil entender la dinámica de relaciones que se dan en ese espacio.

El Ministerio de Salud Pública en cuanto a la atención a las mujeres en el parto es un servicio en red. Entonces las mujeres que están embarazadas o que van a dar a luz tienen que ir primero al nivel primario, o sea a los centros de salud, al centro de salud de tipo A, tipo B, o tipo C. El tipo C es donde atendemos partos, son las maternidades de corta estancia, entonces ahí se puede hacer el control prenatal en consulta externa y la atención del parto en nuestro centro obstétrico. En nuestras maternidades de corta estancia aplicamos el parto culturalmente adecuado o en libre posición, donde se respetan todos los derechos de la mujer y de la pareja que va a dar a luz, entonces primero tiene derecho al acompañamiento, a la libre posición tanto en la labor y en el parto, tiene derecho al apego inmediato, a que se le ponga directamente sobre el vientre de mamá a bebé, al corte oportuno de cordón cuando deje de latir, a la entrega de la placenta si así lo requiere, tiene derecho a la lactancia en la primera hora el bebé, tiene derecho al alojamiento conjunto. Todos esos derechos se respetan en estas maternidades, nosotros resolvemos los partos normales, cualquier parto que tenga algún riesgo o alguna patología nosotros mismo nos encargamos de hacer la conexión con el hospital, y garantizamos con el doctor que nos esté esperando en ese lugar, garantizamos la recepción de esa paciente en este segundo nivel. Este segundo nivel, si es que por la gravedad de la circunstancia no pudiera resolver este caso, pues le traslada al tercer nivel y estamos nosotros con hospitales en cada uno de los lados de la ciudad. (A5, entrevista)

ROL DE LA PARTERA TRADICIONAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Como se pudo observar, las parteras tradicionales quedan completamente fuera del sistema de atención de embarazo y parto en la red pública de salud. Sin embargo, según el Manual de Articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2015), las parteras ancestrales/tradicionales que han pasado por un proceso de certificación comunitaria y ministerial, podrán atender un parto en una institución, siempre que la mujer quiera ser atendida por una partera haya asistido a controles prenatales en la red pública de salud y su parto sea considerado de bajo riesgo. La atención será acompañada por un profesional de salud del establecimiento quien, además de encargarse del alumbramiento, o nacimiento de la placenta, se encargará de llenar todos los formularios de atención al parto y nacimiento (MSP, 2015, p. 23). De hecho, esta directriz está todavía solamente en el manual, ya que en la práctica hay muchos fallos del sistema de salud para hacer efectiva esa integración de saberes. Cabe señalar que en este manual no se contempla retribución económica por parte del Estado para las parteras. Simplemente se especifica que las parteras recibirán capacitación en salud sexual y salud reproductiva, insumos para la realización de visitas domiciliarias y un set con instrumentos médicos para alguna emergencia.

La retribución económica a las parteras tradicionales por algunos de los trabajos que les asigna el Estado fue un punto abordado por la mayor parte de personas entrevistadas. A1, funcionaria de UNFPA, expone que ha habido momentos en los que se han dado inclusiones relativas, pues si bien se les pedía que refieran a las embarazadas al centro de salud y se les permitía acompañar a la parturienta “[...] el tema, por ejemplo, de asalariarlas nunca estuvo claro, ellas nunca recibieron una compensación. Los médicos en su gran mayoría y las médicas tenían un trato totalmente vertical con

ellas” (A1, entrevista).

Sobre este mismo tema, A8, funcionaria del área de Salud Intercultural del MSP, explica que, para ella:

[...] la partería tiene un énfasis importante en la atención no solamente la materna, sino salud sexual y reproductiva con un enfoque de respeto al cuerpo y de conexión, incluso, con lo ancestral, con lo que tiene que ver con una sabiduría de las mujeres, y la partería tiene que ver con un poderío fuerte de la mujer. (A8, entrevista)

Ese poder, al tener que estar supervisado por el personal de salud en una institución podría ir diluyéndose, pues el Ministerio de Salud ha ido implementando estrategias para captar a las mujeres que no llegaban a sus instalaciones, en este caso por barreras culturales. La justificación para institucionalizar incluso a las parteras tradicionales se construye a partir de un compromiso para disminuir la mortalidad materna que tiene el Ecuador, como el resto de los países de América Latina. El funcionario de la OPS, A4, ayuda a comprender esta justificación:

[...] el Estado quiere mejorar esta cobertura porque tiene un mandato de institucionalizar, un mandato importante, tecnológico y necesario demostrado de que el control continuo, la atención del parto institucional, logra que la población llegue da resultados positivos para mejorar la calidad del producto, reducir la mortalidad, mejorar el peso y el estado de salud del recién nacido etc. [...]. (A4, entrevista)

Esta idea del desvanecimiento del poder de las parteras es alimentada también por una reflexión de A3, partera urbana:

Hasta ahora honestamente yo pienso que las parteras tradicionales han sido utilizadas; o sea el sistema lo que ha querido es, por un lado, agruparlas y tenerlas en el control para que ellas hagan lo que... o sea como dándoles importancia, pero para

que ellas hagan lo que el sistema quiera hacer. La pretensión para mí es quitarles su poder, porque la partera tiene un poder, tiene poderes de decisión, de acción, de conocimientos propios que le han permitido funcionar a lo largo de la historia independientemente. (A3, entrevista)

En este mismo planteamiento, A8, funcionaria del Ministerio de Salud, hasta antes de la aprobación del Manual (MSP, 2015), sostenía sobre el tema de la relación partería y Sistema Nacional de Salud que:

Es la articulación, pero no la integración; esa es la diferencia [...] Una relación de socia no se ha dado porque una relación de socia es una relación de pares, de iguales, respetuosa, y lamentablemente lo que se ha heredado son años de una relación utilitaria, la palabra es esa, que lo resume todo. Es decir, la partera como un vehículo para referir a las embarazadas y para aumentar el parto institucional; realmente eso es lo que se ha dado. (A8, entrevista)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE LAS RELACIONES ENTRE PARTERAS Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Desde ambos lados del conocimiento se han observado relaciones inequitativas de poder, sobre todo con las parteras tradicionales, pues al supuestamente no tener un conocimiento “científico”,⁴ se les empieza a incluir –como dijeron muchas de las personas que entrevistamos y algunos manuales y normas del MSP– pero de modo utilitario, es decir sobre todo para que refieran mujeres embarazadas a los hospitales o centros de salud. Así se evidencian los planes gubernamentales que van desplazando los conocimientos locales, tradicionales y culturales diversos. Lo que ha ido sucediendo –sobre todo en relación con la “inclusión” de las parteras tradicionales– puede comprenderse a partir del concepto de biopoder de Foucault (2005),

⁴ Nos referimos aquí al conocimiento adquirido a través de estudios universitarios en facultades de medicina.

pues explica la administración de los cuerpos y la gestión cuidadosa de la vida a través de micropoderes que actúan al interior y por fuera de las instituciones. Y eso repercute en la gestión y autonomía de los cuerpos, del nacer y de la salud.

Otro aspecto que muestra las relaciones inequitativas de poder es el hecho de que se priorizan capacitaciones para las parteras tradicionales en conocimientos biomédicos, mientras es prácticamente nula la capacitación al personal de la salud en saberes de la partería tradicional. Además, hay una política de no retribuir a las parteras tradicionales por sus servicios en el Sistema Nacional de Salud, excepto con insumos (MSP, 2015, p. 24).

Las parteras profesionales en el país tienen una posición más privilegiada que las parteras tradicionales, pues han asistido a la universidad. Ya Bourdieu (2008) hizo notar el inconmensurable prestigio científico y universitario que se otorga a estos espacios, que son fuente de beneficios y de formas de jerarquización y de dominación. Sin embargo, se ha encontrado que últimamente existe un desplazamiento de las obstetrices por médicos, en especial ginecólogos acompañados de enfermeras. Quizás se debe a esto el aumento de cesáreas en el país (Ortiz et al., 2017). Algo fundamental a tomar en cuenta es que en las carreras de obstetricia se implementan más materias y contenidos de salud intercultural que en las de medicina; teóricamente y en sus prácticas preprofesionales los/las estudiantes de la carrera de obstetricia aprenden sobre la atención al parto en libre posición y la importancia del respeto a las recomendaciones de la OMS (A6, entrevista).

En ese sentido se sugiere algunas recomendaciones para esta relación:

1. Que las definiciones de términos y prácticas se realicen tanto desde una normativa escrita a partir de una investigación teórica, como de las buenas prácticas existentes en diferentes espacios comunitarios en la ciudad y en el campo, en centros de salud y con profesionales específicos, así como con las

- prácticas exitosas de atención al embarazo, parto y postparto en las zonas rurales o fuera de las instituciones a lo largo de la historia del país por actores interculturales.
2. Que la articulación partería tradicional y partería profesional se establezcan bajo reglamentos claros y el fomento de actividades que estimulen la socialización de saberes y el reconocimiento de las realidades de cada actor.
 3. Que el Sistema Nacional de Salud sea el rector y el traductor de estas prácticas, incluyendo apertura a diálogos y rompimiento de jerarquías que llevan a malas prácticas, violencia obstétrica y un mínimo descenso de la mortalidad materna.
 4. Que en las facultades de Medicina tomen en cuenta la fitoterapia, los saberes ancestrales y el parto en libre posición, no como un exotismo sino como un instrumento válido y que es propio de la población local.
 5. Que las capacitaciones en las diferentes instituciones de salud pública se realicen periódicamente y que estén dirigidas a todo el personal de salud, y no se realicen únicamente para que las parteras aprendan nociones biomédicas.

Se continúa esperando claridad en esa relación. Mientras se aprende cada vez más la jerarquización médica dentro del sistema biomédico, el poder tradicional de las mujeres que atienden partos y de las mujeres que son atendidas va disminuyendo, transformando ese acto único que es el nacimiento en una simple manipulación de un cuerpo femenino, sin autonomía, sin voz, sin deseo ni agencia. La salud es un abanico de muy amplio espectro, donde el nacimiento revela la estructura de todo un sistema. Es hora de gestar nuevas ideas, conceptos, definiciones, para ver parir nuevas prácticas de salud más inclusivas y menos sesgadas, más respetuosas a la persona, para que esta no sea un paciente únicamente sino para que tenga un rol activo en el cuidado de su salud. De lo contrario no se podrá acompañar ningún tipo de avance estructural entre la valorización de saberes, y se repetirá el colonialismo cultural otra vez más en pleno siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Nacional Constituyente. (1998). *Constitución política de la República del Ecuador*. <https://bit.ly/2C7WjoT>
- Bourdieu, P. (2008). *Homo Academicus*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI.
- González, D. (2008). *Guía técnica para la atención al parto culturalmente adecuado, Ecuador*. Ministerio de Salud Pública Ecuador.
- González, D. (2011). *El enfoque intercultural de las normas de salud materna (1994-2009), MSP, Ecuador*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- González, D., & Corral, J. (2010). *Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud del Ecuador*. CHS, MSP y UNFPA.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Hita, S. (2010). *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. Gente Común.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2002). *Ley orgánica del Sistema Nacional de Salud*. <http://femavi.org/wpcontent/uploads/LEYORGANICADEL SISTEMA NACIONAL DESALUD.pdf> (feb. 2017).
- _____. (2015). *Articulación de prácticas y saberes de las parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud [Manual]*. Primera edición. www.salud.msp.gob.ec
- Ortiz-Prado, E., Acosta-Castillo, T., Olmedo-López, M., Armijos, L., Ramírez, D., & Iturralde, A. L. (2015) Cesarean section rates in Ecuador: A 13-year comparative analysis between the public and private health systems. *Rev. Panam Salud Pública*, 41, e15. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33845?locale-attribute=es>.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2009). *Plan nacional para el buen vivir 2009-2013: construyendo un Estado plurinacional e intercultural*. SENPLADES, Ecuador.
- _____. (2013). *Plan nacional para el buen vivir 2013-2017*. SENPLADES, Ecuador.
- Walsh, C. (2009). *Interculturalidad, estado, sociedad. Luchas (de) coloniales de nuestra época*. Abya-Yala.

SEMBLANZA DE AUTORAS

Rafael Alarcón Lavín. Es médico cirujano y partero, con un trabajo de 40 años en comunidades indígenas de Chiapas, México. Pasante de la maestría en Medicina Social UAM-XOCHIMILCO (México). Ha sido cofundador y presidente de Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C. (ACASAC). Fue coordinador del proyecto Prevención y Asistencia del Tracoma en Chiapas, México, con Médicos Sin Fronteras-Holanda, el cual obtuvo el premio nacional de proyectos exitosos operados en “enfermedades olvidadas”, por parte del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Estuvo encargado del Programa de Medicina Tradicional y Atención Primaria de Salud (APS) en Chiapas, México, en el Instituto Nacional Indigenista (INI). Fue el coordinador del proyecto Museo de la Medicina Maya, el cual obtuvo el premio nacional de museografía Miguel Covarrubias, por parte del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH). Ha impartido curso y talleres a promotoras y promotores de salud, personal de las instituciones hospitalarias públicas y estudiantes de medicina en los temas de Atención Primaria de Salud, Medicina Tradicional Indígena y Etnobotánica. Ha publicado (individual y colectivamente) artículos y material didáctico sobre filosofía de la medicina, medicina tradicional, herbolaria medicinal y partería indígena. Actualmente es asesor del Área de Mujeres y Parteras de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, A.C. (OMIECH). *rafa.lavin@hotmail.com*

Toci Alejandra Alarcón Salazar. Es licenciada en Ciencias de la Comunicación por el Instituto de Estudios Superiores de Chiapas. Posee una maestría en Estudios Humanísticos, especializada

en Ética, por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey y la Universidad de Deusto, España. Ha cursado talleres de Negociación por el Cambridge International Consulting, y Responsabilidad Social en Medios de Comunicación por el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Ha participado en seminarios y diplomados relacionados con equidad de género y salud en las comunidades indígenas. En su trayectoria académica y profesional, ha sido productora de medios audiovisuales con enfoque intercultural. Ha desarrollado y coordinado proyectos en materia de fomento a la lectura y escritura, revitalización de las lenguas maternas de Chiapas, salud sexual y reproductiva en el ámbito comunitario indígena y derechos laborales de migrantes hispanos en Estados Unidos en colaboración con el Sistema Chiapaneco de Radio, Televisión y Cinematografía, Documentación y Estudios de Mujeres, A.C. (DEMAC), UAM Xochimilco, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C. (ACASAC), Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), Colectivo de Mujeres de San Cristóbal de las Casas A.C. (COLEM) y la Hispanic Association on Corporate Responsibility (HACR). Fue coproductora del proyecto televisivo Noticiero en Lenguas Indígenas "La Voz de Nuestras Raíces", galardonado en 2015 con el premio Gran Destaque otorgado por la red de Televisoras de América Latina (TAL). Actualmente trabaja en la creación y dirección de contenidos con perspectiva de género. *tocialarconsalazar@gmail.com*

Diana Álvarez Romo. Es una antropóloga visual y documentalista con experiencia en investigación, docencia, comunicación y promoción de la salud. Ha trabajado en México, Colombia y Ecuador temas relacionados con medicina social, medicina tradicional, partería y la medicina intercultural a través de metodologías etnográficas y audiovisuales como la fotografía y el vídeo. Actualmente es doctorante del programa en Ciencias de la Salud colectiva que se imparte en la UAM-Xochimilco y se encuentra dirigiendo en el proyecto audiovisual: "Mapa Interactivo de la Partería tradicional

Mexicana”, plataforma web que busca difundir y promover los saberes de la partería tradicional de nuestro país, a través del dibujo, el vídeo, la fotografía y la radio. www.parteríatradicional.mx

Valentina Arana Miranda. Es licenciada en Antropología Social por la Universidad Veracruzana (México). Además, es partera en formación egresada del Centro de Iniciación a la Partería Nueve Lunas SC y asesora del Área de Mujeres y Parteras de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, A.C. (OMIECH). Ha formado parte de un proyecto de investigación titulado: Determinantes sociales de la mortalidad materna e infantil en Tenejapa, Chiapas con el Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC), del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). Tiene experiencia en investigación, trabajo comunitario y como acompañante aprendiz de parteras tradicionales indígenas de México, Brasil y Guatemala. Es facilitadora de talleres para mujeres y adolescentes sobre salud sexual y reproductiva. Actualmente trabaja como orientadora en la salud física, mental y espiritual de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto y colabora en AMASS, Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres, fundamentalmente de pueblos originarios. Desde hace más de una década ha cultivado su camino espiritual con los pueblos wixarika, maya y mexica. Es facilitadora de temazcales ceremoniales en el Colectivo Tsajaluntik. Es enlace representativo del Consejo Tradicional Kanienkehaka/Mohawk. nakupenda.balamil@gmail.com

María José Araya Morales. Es socióloga por la Universidad de Chile y posee una maestría en Antropología Social del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) de México. Además es especialista en gestión del conocimiento y estrategias de sistematización para el rescate, la documentación y difusión de buenas prácticas, saberes locales e

innovaciones. Ha participado en el diseño, coordinación y seguimiento de proyectos en desarrollo rural, gestión comunitaria y reforzamiento de capacidades junto a la Corporación Procasur en América Latina y África. Se ha desempeñado como investigadora y facilitadora en temáticas vinculadas a género, pueblos indígenas, conocimientos tradicionales y patrimonio biocultural. *majoaraya@gmail.com*

Thais Brandão. Es doctora en Psicología Social por la Universidad de Santiago de Compostela, España. Posee un grado en Psicología de Brasil con un máster en Psicología Social (Brasil), y otro máster en Género, Identidad y Ciudadanía (España). Sus investigaciones se dirigen a los estudios de género y ciudadanía, con enfoque socio-antropológico de la salud y enfoques de metodología cualitativa y decolonial. Directora de la primera investigación interdisciplinaria (medicina, enfermería y psicología) sobre Violencia Obstétrica en Ecuador. Posee experiencia de trabajo con Organizaciones No Gubernamentales diversas, en coordinación y elaboración de proyectos, como también trabajos voluntariados y de colaboración internacional con la Organización de Naciones Unidas en temas afines (mujeres rurales, proyectos sociales, historias de vida). Es doula y psicóloga perinatal, estudiosa y activista de la salud sexual, reproductiva y mental de las mujeres. *thaisuni@gmail.com*

Sylvia M. Casillas Olivieri. Posee un doctorado en Historia de Puerto Rico y el Caribe del Centro de Estudios Avanzados de Puerto Rico y el Caribe y una maestría en Español de San Francisco State University en California, Estados Unidos. Es catedrática auxiliar en el Departamento de Idiomas del Programa de Educación General de la Universidad Ana G. Méndez, recinto de Gurabo, Puerto Rico. Su tesis doctoral titulada *La medicalización del embarazo y parto en Puerto Rico, 1930-1970* trata sobre la regulación y eventual erradicación de la práctica de las comadronas tradicionales en Puerto Rico. *sylvia_marie_casillas@hotmail.com*

Mounia El Kotni. Es doctora en Antropología de la Universidad de Albany, SUNY y postdoctorante en Antropología Centro de Estudios de Movimientos Sociales, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, París, Francia. Fue becada de la Fundación de Francia en salud ambiental 2019-2021. Sus temas de investigación incluyen la salud materna, la violencia obstétrica, los derechos humanos, la partería tradicional y la salud ambiental. También, ha colaborado como capacitadora en igualdad de género para instituciones y Organizaciones No Gubernamentales en Francia y México. *mounia.elkotni@gmail.com*

Irazú Gómez García. Es licenciada en Historia por la UNAM. Posee una maestría en Antropología por el Centro de investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y Centroamérica-UNAM (CIMSUR-UNAM). Actualmente es doctorante en la misma disciplina por el CIMSUR-UNAM. *irazu_gomez@hotmail.com*

Amaranta Moral Sosa. Es magíster en Antropología Visual y Documental Antropológico (FLACSO - Ecuador) y licenciada en Diseño de Espectáculos, Universidad de Palermo (Argentina). Trabaja como docente de la Facultad de Artes de la Universidad Central del Ecuador. Es productora de proyectos culturales e investigadora de procesos relacionados con la sexualidad. Actualmente se encuentra explorando intersecciones transdisciplinarias entre diseño, teatro, artes visuales y pedagogías. *amaranta.moral@gmail.com*

Judith Elena Ortega Canto. Es médica, con maestría en Medicina Social y doctorado en Ciencias Sociales con línea en Antropología Médica. Se desempeña como profesora-investigadora del Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi (UADY) y fue directora del mismo Centro durante 2002-2010. Sus estudios han versado sobre antropología de la salud, género, y servicios de salud. El nodo son los procesos de salud-enfermedad-atención en relación con la desnutrición infantil, embarazo adolescente, perfi-

les de morbilidad en instituciones totales (Penitenciaría y Hospital Psiquiátrico). Posteriormente, la salud reproductiva y la sexualidad le permiten estudiar la rica intersección de género, reproducción y sexualidad en los mayas de Yucatán, con el saber de las parteras como uno de los ejes de tremenda riqueza cultural protectora. Su obra *Cánceres en mujeres mayas de Yucatán* presenta la otra cara a la visión de la medicina oficial. Actualmente dirige la planeación, la enseñanza y la investigación en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. *mayajud@hotmail.com*

Patrizia Quattrocchi. Es doctora en Etnoantropología en la Universidad de Roma "La Sapienza" (2005), con línea de investigación en la antropología de la salud y de la reproducción. Ha desarrollado investigaciones sobre el parto y el nacimiento en la comunidad lenca de Honduras (1998), en la maya yucateca (México, 2000-2009), en Italia, España y Países Bajos (2010-2015), en Argentina (2016-2017). Desde 2006 hasta 2009, ha trabajado como profesora investigadora titular de tiempo completo en la Unidad Biomédica del Centro de Investigaciones Dr. Hideyo Noguchi, de la Universidad Autónoma de Yucatán, y ha participado en varios proyectos de investigación sobre la salud de la población maya, entre ellos un proyecto de investigación sobre cáncer cervico-uterino y mamario. Es promotora y co-coordinadora del Proyecto de cooperación internacional entre México e Italia "El tiempo de la sobada. Prácticas y conocimientos sobre el parto en un pueblo maya de Yucatán" (2005-2008), en el cual participaron once instituciones italianas y cinco mexicanas. Durante el proyecto se produjeron materiales didácticos dirigidos a profesionales de la salud (el documental *Sobada. El don de las parteras mayas*, un volumen y una exposición fotográfica itinerante sobre el trabajo de las parteras mayas) y se armaron talleres interculturales, dirigidos a parteras y terapeutas mayas y profesionales de la salud, en colaboración con la Secretaría de Salud del Estado de Yucatán. Desde 2010 trabaja como profesora investigadora en la Universidad de Udine

(Italia). Ha sido dos veces ganadora de la Beca de Investigación Marie Skłodowska-Curie otorgada por la Unión Europea (7PM y Horizon2020) para llevar a cabo los proyectos An Intercultural en Ethic Code on Birth. Dialogue between institutional directives and women's needs (2010-2014) y Obstetric Violence. The new goal for research, policies and human rights on childbirth (2016-2018). *patrizia.quattrocchi@uniud.it*

Veronika Sieglin. Es doctora en Sociología y Maestra en Ciencias Políticas por la Universidad de Marburgo, Alemania. Ha trabajado sobre cambios y continuidades en comunidades rurales de México y, en particular, sobre la invalidación de la partería tradicional en el Noreste. Sus investigaciones se centran en la construcción de las subjetividades en ámbitos de acción marcados por la desigualdad social y de poder. Labora como profesora titular B de la División de Postgrado de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N., México. *vsieglin@yahoo.de*

Esta primera edición de

**Las parterías tradicionales en América Latina:
Cambios y continuidades ante un etnocidio programado**

se imprimió en abril de 2021

¿Por qué el trabajo de parto de una obra puede tornarse en una guerra difícil y su nacimiento despertar una fructífera polémica social? La única respuesta que encontramos: porque las circunstancias de su concepción, embarazo, trabajo de parto y expulsión fueron por demás adversas. Esta obra quiere convocar, provocar y exigir un nuevo diálogo entre las mujeres, parteras y el Estado. Tal y como acostumbra las abuelas parteras, la conversación debe ser abierta, sincera, franca y respetuosa. Debe tener como finalidad tratar de entender, desenmarañar la madeja en la que nos han metido y estamos enredadas. Nuestro propósito es develar y dar a luz los mecanismos que el paradigma biomédico mundial está utilizando para desaparecer las parterías tradicionales de este planeta e imponer una única: la partería profesional. Esta es nuestra propuesta para coadyuvar a desaparecer la violencia obstétrica, para evitar el dolor provocado y el sufrimiento innecesario. Es nuestro deseo que haya muchos partos felices, múltiples lugares donde parir y un gran abanico de acompañantes para escoger.

abril 2021

Las autoras, recién parturientas



Lucinia
C.E.

