



**Modelos de atención al parto no biomédicos en Xalapa, (Veracruz, México): parteras tradicionales y tituladas. Transacciones, intercambios y resignificaciones con relación a la biomedicina**

**Lara Beatriz Martín Castañeda**

Grado en Antropología Social y Cultural

Trabajo Final de Grado

Tutor: Julián López García

Junio 2019

*La relación entre el cuerpo femenino, la reproducción biológica y la medicina es claramente opresiva y la mujer se pierde en ella. [...] El simple control médico de la reproducción femenina contiene relaciones de género, clase y raza (Wilkinson, 1996: 108).*

## ÍNDICE

### 1. DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA

### 2. PROBLEMÁTICA

### 3. JUSTIFICACIÓN

### 4. ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y TIEMPO

### 5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 6. METODOLOGÍA

6.1. Técnicas de investigación.

6.2. Orientación teórica de la investigadora.

6.3. Cronograma.

6.4. Dilemas éticos.

### 7. ESTADO DE LA CUESTIÓN

### 8. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

8.1. La partera tradicional:

8.1.2. Las parteras tradicionales desde una perspectiva histórica.

8.2. Movimientos de “Parto Humanizado”. Origen, contexto e implicaciones para la investigación.

8.3. Relaciones e hibridaciones entre parteras tradicionales y autónomas.

8.4. Enfoque de riesgo.

8.5. Definición e implicaciones del dolor del parto.

8.6. Modelo Médico Hegemónico, Modelo Médico alternativo subordinado y Modelo de autoatención.

8.7 Las sobadas.

8.8. La posición para el parto.

### 9. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

9.1. Entre dos mundos: resultados las parteras tradicionales.

9.1.1. *Abuelitas de ombligo*: funciones de las parteras empíricas xalapeñas en la actualidad.

9.1.2. Comienzos en la profesión: de Dios a una familiar partera.

9.1.3. “El *doctorcito* dice...”. Cursos de capacitación: implicaciones epistemológicas y prácticas en la relación entre biomedicina y parteras empíricas.

9.1.4. Posiciones particularistas: el contexto.

9.1.5. Enfoque de riesgo entre las informantes. Cuando lo fisiológico se construye como potencialmente dañino.

9.1.6. Prácticas propias. En los resquicios de la biomedicina: acomodar a los bebés y baños postparto.

## 9.2. “En las células está todo el conocimiento”. Resultados parteras tituladas

9.2.1. Un magma de acepciones para nombrar un magma de realidades.

9.2.2. El parto humanizado como forma de redención, de *empoderamiento* femenino universal.

9.2.3. Cuestionando la biomedicina, pero aceptándola como amigo ocasional.

9.2.4. Prácticas comunes con las parteras tradicionales: sobadas y baños temazcales.

## 9.3. Reflexiones finales

9.3.1. Vínculos con el ecofeminismo.

9.3.2. Construcciones alrededor de las parteras tradicionales y visiones esencialistas.

9.3.3. Las parteras tradicionales como agentes puentes.

9.3.4. Parteras tituladas.

9.3.5. Contribuciones de la investigación a la disciplina.

9.3.6. Conclusiones finales e implicaciones para futuras investigaciones.

## **10. BIBLIOGRAFÍA**

## **11. ANEXOS**

11.1. Guion entrevista parteras tradicionales.

11.2. Guion entrevista parteras tituladas.

11.3. Información general acerca del estudio.

## 2. PROBLEMÁTICA

El modelo biomédico ejerce un poder ideológico y material sobre los cuerpos a través de las instituciones y los profesionales que la forman, poder vinculado con el patriarcado en el caso del control sobre el cuerpo femenino y los procesos asociados a la sexualidad y la maternidad (Bellón: 2015; Cominsky: 1992; Fernández: 2004; Foucault: 1997; Hernández: 2014; Montes: 2007) En el caso del México actual, con su carácter multicultural y pluriétnico, la atención al embarazo, parto y posparto está disputada entre múltiples agentes, como los profesionales sanitarios procedentes de la biomedicina, la partería tradicional y las parteras autónomas, en un claro ejemplo de pluralismo en los medios y las formas de atención a los procesos de salud/atención/enfermedad. Esto plantea un sin fin de intersecciones, transacciones, intercambios y diálogos basados en la preeminencia del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez: 1992) y amparado por el Estado-nación a través de instituciones como el IMSS. Las parteras tradicionales serán “capacitadas” bajo un paradigma biomédico en México y otros países de América Latina como resultado de políticas sociosanitarias para mejorar la morbimortalidad materno-fetal y en un contexto de defensa de dicha profesión por diferentes organismos internacionales como la OMS (Argüello: 2014; Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional: 2008). Paralelamente, a nivel mundial surge el movimiento de Parto Humanizado, con diferentes visiones, pero con un interés común: evitar la violencia obstétrica considerada como una de las ramificaciones del patriarcado y una clara vulneración de los Derechos Humanos (Faneite: 2012; Franco: 2013 ; Pozzio: 2016) Muchos profesionales de la salud titulados, formados dentro del modelo biomédico, especialmente parteras, cuestionarán el parto hospitalario, el enfoque de riesgo en la atención a procesos teóricamente fisiológicos y tomarán numerosos elementos de la denominada “medicina tradicional” construida como resistencia frente al Modelo médico hegemónico (MMH a partir de ahora) (Lázzaro: 2017)

### 3. JUSTIFICACIÓN

El modelo biomédico será intensamente cuestionado desde la antropología alrededor de los años 70, haciendo hincapié en que además de sus funciones curativas y preventivas también es una importante fuente de poder institucional y de normatización de cuerpos correctos o incorrectos y de legitimación de procesos de subordinación (Menéndez: 1993) De la conciencia de la parte perversa de la Ciencia, la colonización del poder y el control sobre el cuerpo de la mujer surge en los años 80 dentro de la población civil el movimiento de Parto Humanizado, que actualmente tiene una presencia muy importante en América Latina (Stolcke: 2003) Esta corriente posee una doble vertiente, a saber: desde tendencias cercanas al ecofeminismo y a la medicina “tradicional” y también desde la revisión y mejora del MMH (Lázzaro: 2017) Sin embargo, con frecuencia se abrazan los dogmas vinculados a las resistencias y luchas contra modelos mayoritarios y opresores sin captar matices ni esencializaciones dentro de ellos. Se reivindica una “medicina tradicional” construida con frecuencia desde Occidente y sus premisas, mercantilizada, que adopta algunos elementos y desecha otros y que realiza determinadas praxis fuera de contexto. Las parteras tradicionales son conceptualizadas con frecuencia desde perspectivas eurocéntricas como las representantes y herederas de una medicina antiquísima, sin apenas alteraciones a lo largo de los siglos, encapsuladas en un mítico pasado precolombino. Se obvian las hibridaciones, el uso de fármacos de patente y los contagios por la interacción con la medicina biomédica hegemónica (Menéndez: 1994) Finalmente, con frecuencia se crea una imagen ajena a las propias protagonistas, sin escuchar realmente sus voces, percepciones y vivencias sobre cómo se han transformado su praxis y sus teorías, bajo qué paradigmas y qué relaciones de autoridad/subordinación y cómo han vivido estos procesos.

#### **4. ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y TIEMPO**

El área de investigación se sitúa en la zona centro del estado de Veracruz (México): en el municipio de Xalapa y en los cercanos pueblos de Chiltoyac y Coatepec. El presente proyecto se ha realizado en dos fases. La primera fase se desarrolla de mayo y junio de 2018 y consta del desarrollo de la problemática, el marco teórico y la realización y transcripción de las entrevistas. Posteriormente, de octubre de 2018 a mayo de 2019 se realizará la segunda fase, el análisis de las variables fundamentales, así como la redacción de resultados y conclusiones finales.

#### **5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

*Objetivo general:*

- Conocer las transacciones, apropiaciones y resignificaciones entre el MMH, la partería tradicional y las parteras profesionales en cuanto al enfoque de riesgo, significado e implicaciones del dolor del parto, el uso de prácticas y teorías que emanan de la biomedicina así como relaciones y conceptualizaciones entre los tres agentes mencionados.

*Objetivos específicos:*

- Explorar las prácticas corporales de cuidado y autocuidado durante el embarazo parto y postparto entre las parteras tradicionales y tituladas analizadas, así como el uso de fármacos de patente.

- Conocer las implicaciones teóricas y prácticas del “enfoque de riesgo” en la atención al embarazo, parto y postparto por parte de las parteras tradicionales y tituladas.

- Investigar las opiniones y críticas de las parteras tradicionales frente a otros paradigmas de atención a la mujer gestante como las parteras tituladas y la atención hospitalaria.

- Analizar las visiones e las informantes, tanto en el caso de las parteras tituladas como empíricas alrededor del concepto de violencia obstétrica en el ámbito mexicano/veracruzano.

- Investigar la conceptualización del dolor del parto por parte de los diferentes modelos, ¿sufrimiento necesario? ¿Forma de *empoderarse*? ¿Elemento a eliminar y controlar durante el proceso de parto?

La pregunta de investigación que guía la investigación es la siguiente:

- En el panorama xalapeño conviven múltiples formas de atención al embarazo y al parto. ¿Cuáles son las relaciones entre las parteras denominadas *tradicionales* y las *autónomas*? ¿Cómo son las vivencias y percepciones de unas y otras con relación a la biomedicina?

## **6. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.**

### 6.1. Técnicas de investigación

A la hora del abordaje metodológico se han tomado como eje vertebrador los modelos de Menéndez (1984, 1990, 1992) en la atención a los procesos atención/salud/enfermedad: Modelo Médico Hegemónico (MMH a partir de ahora) y MMA (Modelo Médico Alternativo Subordinado) . Además, tienen en cuenta las reservas del autor a la hora de abordar la cuestión de la medicina tradicional como un concepto compartimentado, estanco y sin influencias. De la misma forma, tiene una influencia capital en toda la investigación la denominada Antropología de la Reproducción, concepto acuñado por Blázquez (2005) Dicha visión sostiene que históricamente se ha estudiado la procreación humana, pero con frecuencia desde la costumbre y/o el folklore y rituales que lo acompañan. La Antropología de la Reproducción pone de

manifiesto que los procesos reproductivos, además de ser de carácter biológico, están impregnados por un determinado contexto que les dota de significados, matices, ideologías dominantes y por ende de otras subversivas, están como dirá Blázquez (2005) “culturalmente moldeados”. Se reflejan también construcciones alrededor de la mujer, su cuerpo, la sexualidad y las relaciones ontológicas respecto a la maternidad (Bellón, 2017). Se pone de manifiesto que la naturalización/esencialización del embarazo, parto, postparto y crianza oscurece el poder institucional, biomédico y cómo este moldea dichos procesos a nivel simbólico, ideológico y de praxis, a su arbitrio.

Los sujetos de investigación son las parteras tradicionales y tituladas de Xalapa, Coatepec y Chiltoyac. Los conceptos de “partera tradicional / empírica” y de “partera titulada/profesional” que utilizo en el presente proyecto son ampliamente definidos, cuestionados y criticados en el siguiente apartado.

La metodología utilizada será de tipo cualitativo y cuenta con:

1. Entrevista semiestructurada a parteras tradicionales de diverso rango de edad. Se seleccionarán a aquellas parteras bilingües y con dominio del castellano. Las preguntas versarán acerca del aprendizaje del oficio, los padecimientos tradicionales más habituales consultados (relacionados con la cuestión gineco-obstétrica) y las modificaciones y vivencias alrededor de los cursos de capacitación. También se realizaron entrevistas a parteras tituladas acerca de sus prácticas diarias. Realicé un total de 7 entrevistas, 5 a parteras empíricas y 2 a parteras tituladas.
2. Observación participante en charlas/eventos/reuniones relacionados con el Parto Humanizado en el área de estudio. Asistí a dos de estos eventos durante el periodo de estudio.
3. Triangulación de datos obtenidos en páginas webs, folletos, artículos, etcétera y a través de la bibliografía mencionada.

## 6.2. Orientación teórica de la investigadora:

Creo que es pertinente esbozar a grandes rasgos de dónde vengo a nivel académico para entender de forma cabal mi proyecto. Mi perspectiva es la de mujer blanca occidental, feminista, y matrona, profesional de la salud formada desde una perspectiva institucional. Posteriormente mi formación como antropóloga, profesión ante la que uno de nuestros profesores comentaba, entre lo ominoso y lo anecdótico que “*de la antropología no se vuelve...*” supuso una pérdida de certezas. Me llevó a un cuestionamiento de las realidades previas y de todo lo aprendido en mis otros estudios reglados con no pocos laberintos sin salida con los que lidio aún hoy esperando que el minotauro no me alcance. A nivel antropológico, el hecho de compartir profesión con las informantes supone forzosamente una importante complejización del *etic* y del *emic* en las entrevistas a ambos tipos de parteras. ¿Quién soy yo? ¿A qué estamento pertenezco? ¿De quiénes estoy más cerca? Las dificultades en la elección de cuándo distanciarse y cuándo acercarse.

## 6.3. Cronograma

### **Primera etapa: estancia en México**

#### Febrero/ marzo/abril/ 2018:

- Búsqueda de bibliografía
- Definición de objetivos
- Elección de la postura metodológica y de la pregunta de investigación

#### Mayo/ junio:

- Realización de las entrevistas

### **Segunda etapa: de nuevo en España**

#### Octubre/noviembre:

- Transcripción de las entrevistas

#### Diciembre /enero/febrero:

- Redacción de resultados y vuelta al marco teórico

Marzo/ Abril:

- Conclusiones

Junio:

- Entrega del TFG

#### 6.4. Dilemas éticos y abordaje en el campo

Para salvaguardar el aspecto ético de toda investigación se entregó a todas las participantes un consentimiento informado por duplicado, de forma que ellas poseen una copia y yo otra. Además, se les entregó información general acerca de objetivo, alcance e instituciones implicadas en el estudio. De la misma forma, a las informantes que desean obtener una copia se les facilitará vía mail. Todos los nombres y datos que pudieran identificar a las informantes fueron anonimizados. En los anexos se pueden ver los mencionados consentimientos e información general del estudio.

### **7. ESTADO DE LA CUESTIÓN:**

La producción antropológica mexicana tiene la característica de que la “otredad” más inmediata, lo “exótico” forma parte del estado-nación en forma de indios. Desde sus orígenes y hasta la ruptura de paradigma del 68, la antropología y el Estado estarán vinculados en políticas de cambio social cuyo principal protagonista, con diversos nombres según la corriente ideológica teórica dominante en el momento, será el indio (Lameiras: 1979) Asimismo, la antropología aplicada en el ámbito sanitario será prolífica. También hay una amplia producción antropológica en toda América Latina acerca de la etnobotánica (usos de yerbas, implicaciones y cosmovisiones) y los saberes “tradicionales” que incluyen a yerbateros, hueseros y parteras tradicionales con diferentes enfoques (Mosquera: 2006) Menéndez (1984, 1990, 1992) es considerado uno de los más relevantes representantes dentro de la antropología médica. Acuña el concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH en adelante) Modelo Médico alterno subordinado (MMA) y Modelo de autoatención. En la presente investigación se utiliza el modelo de Menéndez

por considerar que hace especial énfasis en los procesos de poder/opresión que considero pertinentes en la interacción entre las parteras tradicionales con la biomedicina. Este modelo junto con los postulados más relevantes para el proyecto serán desarrollados en ítems posteriores. En cuanto a los estudios sobre parteras tradicionales en toda el área mesoamericana, son muchos y desde diversas perspectivas. Me ceñiré a los más relacionados con mi tema de análisis.

Mellado, en sus estudios sobre parteras tradicionales y su cosmovisión (1989) hablará de la conceptualización de la gestante como enferma en base a la expresión "ya enfermó" hace más alusión a los cambios que se producen en el cuerpo de la mujer que a un estado de enfermedad (náuseas, falta de menstruación, abdomen hinchado, etcétera) Aun así este será un tema controvertido. Güemez (2000), por su parte, tras investigaciones en comunidades yucatecas hablará acerca de la cosmovisión de la partera tradicional frente a la científica occidental. Incidirá en la importancia de la consideración de la movilidad de los órganos internos, así como de la vinculación y no distinción entre el aparato digestivo y el reproductivo. Sesia (2016) destaca las referencias a la importancia de la matriz como centro, cuestión que será retomada por las parteras profesionales y de la dualidad frío/caliente y su aplicación a la gestación, parto y postparto. Módena (1990) centra su investigación en el municipio de Hidalgotitlán (Veracruz) comentará que si bien existen yerbateros, hueseros y parteras que son reconocidos por toda la comunidad, también hay individuos que ejercen ocasionalmente el oficio a nivel intrafamiliar. También habla de las relaciones de las parteras con el poder económico y político de la comunidad. Tanto Módena como Freyermouth coinciden en la relación entre fenómenos tanto naturales como no naturales (descuidos en los rezos a Dios, eclipses...) en la aparición de eventos adversos durante el parto (malformaciones, partos difíciles...) Módena también hablará de la pérdida de la posición hincada para el parto y la presencia del marido tras las capacitaciones gubernamentales. Sedeno (1985) en su etnografía sobre el pueblo Mecoyapan en el sur de Veracruz intenta contextualizar la realidad social impregnada de violencia hacia las mujeres y

los niños y el aprendizaje de estos de formas socialmente aceptadas de ser hombre y mujer desde el análisis psicoanalítico. Hablan de que durante el embarazo la mujer es atendida como nunca, salvo en la vejez. Será el único momento en el que el marido les haga caso cuando enfermen o soliciten acudir al médico. Los varones viven en este momento el fenómeno denominado *couvade*, en el que ellos también se encontraran mal, sintiendo: “mareos en el cerebro, que se van a caer y desmayos en el cuerpo” (1985: 86) Se considera que la gestante debe comer lo que se le antoje porque si no le saldrán manchas a la criatura. A la partera que la visita semanalmente se le da de desayunar, jabón para lavar y maíz para comer. Tras el parto, al marido le queda prohibido emborracharse y debe guardar abstinencia sexual hasta los 21 días. La abstinencia sexual es más respetada que la ingesta de alcohol, verdadero eje alrededor del que se construye la masculinidad y donde se inicia el ciclo de la violencia hacia las mujeres. La lactancia es otro elemento muy importante en el pueblo, habitualmente los niños son amamantados hasta el año y medio, si el niño es mayor, la mujer debe pedir permiso al padre para continuar amamantando. Se considera que si mama le chupa la sangre a la madre, razón por cual se considera que llegan a viejas cansadas y consumidas, “acabadas, secas” (1985:102)

La mayoría de los autores achacan a la precaria red de carreteras, las infraestructuras y la posición subordinada a nivel económico la necesidad y demanda de parteras, ya que en algunos lugares no hay más opción para la atención. Por otro lado, se pone en entredicho la supuesta homogeneización en la atención por parte del MMH, que teóricamente y según sus supuestos llega a todos los lugares como la opción moderna y salubre. Por otro lado, Mellado (1989) habla de que es en el ámbito doméstico donde se desarrolla todo el embarazo y sobre los consejos a las embarazadas acerca de qué hacer y qué no durante este proceso. Güemez destaca la importancia de la placenta y todo el imaginario que la rodea: “*la manera en que se dispone de ella [de la placenta] influencia no solo el destino del recién nacido sino también la fecundidad futura de la madre. Así pues, es comprensible que los mayas encuentren inadmisibile tirarla en la cubeta de un hospital para deshacerse de*

*ella de una manera altamente irrespetuosa*” Güemez (2000:316) habla en su etnografía sobre Guatemala de la importancia de la presencia del esposo y el uso de la posición encucillada, coincidiendo con algunas investigaciones realizadas en zonas rurales de Chiapas (Freyermuth: 2000) También habla la autora sobre ciertas prácticas como inducir el vómito para provocar una pronta salida de la placenta.

En cuanto al periodo postparto y los cuidados del bebé, tanto en Guatemala como en México son relevantes los baños tibios y /o el temazcal. A la mujer se le restringe la actividad física. Esta cuestión choca con los preceptos biomédicos que indican que la deambulación y el movimiento precoz son importantes para evitar problemas asociados al estado de hipercoagulabilidad del postparto. En los cursos de capacitación biomédicos se insistirá en ello.

Mosquera (2006) en su tesis, por su parte, habla de cómo *“con el proceso de capacitación de las parteras o comadronas comienzan a manejar un mundo muy extenso de conocimientos, racionalidades y prácticas de las cuales harán uso dependiendo del padecimiento que deba atender”* (2006:75) En esta misma línea, Güemez hablará de que las parteras se mueven entre *“...por una parte, aquellos saberes considerados como “tradicionales” surgidos desde el ámbito sociocultural (no académico) que se han constituido sobre bases primordialmente empíricas, ideológicas y filosóficas e incluso religiosas, aceptados comunitariamente, llegando a ser instituciones en sí mismas. Por otra parte, también incorpora (por efectos del proceso de la capacitación dirigida) saberes que provienen y son reconocidos por la práctica médica académica “científica” alopática, constituido desde las disciplinas biomédicas y que en la actualidad es dominante en los sistemas de atención de los países occidentales”* Güemez (1997:4) Este mismo autor hablará de: *“cómo en las comunidades rurales pueden identificarse prácticas importadas y prácticas paralelas con las europeas. En cuanto a la farmacología, las plantas medicinales como la ruda, la canela del mundo asiático, la alhuce-ma del mundo árabe y el romero, que se utilizan durante el parto y el posparto, llegaron a Yucatán con los españoles. Las técnicas de cortar y cauterizar el cordón umbilical indican un desarrollo paralelo con las ideas de europeas y no*

*una influencia más directa*" (idem) Asimismo, este mismo autor considera que entre para los mayas en parto es un evento biocultural y cómo los saberes sobre el cuerpo y la mujer se comunican oralmente dentro de la vida cotidiana. La anatomía se conoce en base a los animales sacrificados dentro de la comunidad. En cuanto a los cuidados del recién nacido, el autor habla de cómo en el sur de Yucatán es habitual que hacer al bebé beber un té de alhucema con canela para una pronta expulsión del meconio. De nuevo, esta práctica contraviene el mandato alopático que indica que el bebé solo debe ingerir leche materna.

Por otro lado, los cursos de capacitación han sido objeto de múltiples investigaciones, especialmente desde la perspectiva biomédica y gubernamental para conocer si estaban dando los frutos esperados en cuanto a las mejoras de las muertes maternas y la morbimortalidad infantil. En dos textos institucionales (Programa Nacional de las Parteras tradicionales: 1994, Secretaría de Salud: 1994) se construye a la partera tradicional como un elemento fundamental de la comunidad con amplios conocimientos empíricos que, no obstante, es preciso pulir y adecuar a la modernidad tal y como reza el fragmento del Programa Nacional de las Parteras Tradicionales: *" la revisan y la valoran [ a la embarazada] si bien a esto no es posible llamarle consulta prenatal en el sentido estricto de la palabra, sí existe la noción de que es necesaria su intervención para revisar al niño y darle una acomodadita (...). Evidentemente se trata de un sentido diferente de prevención y es empleado dentro de un marco ideológico también diferente pero no se puede desconocer su existencia y sí se debe reconocer que con ello se crea un precedente en el que se puede apoyar la promoción de las consultas prenatales"* (1994: 54) No se parte de una cosmovisión diversa, sino de la comparación, de qué elementos de uno y otro modelo son complementarios, o cumplen la misma función para que los elementos indígenas sean sustituidos por los del modelo biomédico. Procesos semejantes se reflejan en las dificultades de la adopción del enfoque de riesgo por parte de las parteras tradicionales: *"la noción de riesgo es un concepto médico desconocido por las parteras en su mayor parte. No se buscan signos de anormalidad. Esto es que reconocen el problema una*

vez declaro, pero no la susceptibilidad del sujeto ante determinadas condiciones negativas para que se presente un daño” (idem) Hablan también de que, en ocasiones, los maletines con un instrumental básico entregado son exhibidos por la partera como un trofeo dado por las instituciones en lugar de ser usado. En algunos lugares, como en Ciudad de México, parte de la capacitación de las parteras se realizaba en un hospital, “ las parteras tradicionales han tenido acceso a la observación directa de actividades médicas asistenciales e, incluso en algunos casos a la atención de las pacientes bajo la supervisión estricta del médico gineco-obstetra” (1994:108) Curioso que para la atención de las mujeres que acuden al hospital, las parteras tradicionales necesitan una supervisión estricta , mientras que en sus comunidades no. También hablan de cómo la partera interviene a partir del 3-5 mes, para detectar el embarazo, la partera siente la matriz buscando “la bolita”, sin ninguna exploración genital. Se insiste varias veces en que la partera es un importante agente de salud dentro sus comunidades que se ocupa de diferentes procesos, no solo el parto y el postparto, también el mal de ojo, el empacho, la caída de mollera, los cólicos.... alejándose de los postulados de Mosquera (2006) en su texto, que habla acerca de cómo se invisibilizan otros cuidados no estrictamente asociados al proceso de parto de las parteras en Guatemala. En el contexto mexicano veremos que las políticas institucionales alrededor de la atención a los procesos reproductivos han sido variadas en los últimos decenios con notables implicaciones para las parteras tradicionales. Explica también los problemas que aparecen durante los cursos, algunos mencionados en el texto de la Secretaría de salud (1994) relacionados con el hecho de que muchas parteras son iletradas, solo hablan la lengua de sus comunidades y por ende la transmisión de la información es compleja. Güémez añade a los impedimentos en este proceso la juventud de los capacitadores, que pone en riesgo su credibilidad, así como el tipo de conocimientos transmitido, alejado de su cosmovisión y de sus paradigmas culturales. Una de las informantes, partera titulada, hará referencias de forma crítica a este tipo de formaciones. En cuanto al futuro de las parteras tradicionales, el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) en su texto (Secretaría de Salud: 1994) hace hincapié en que acabarán desapareciendo

con la ampliación de la cobertura y el acceso a los servicios médicos institucionales.

## **8. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL:**

### 8.1. La partera tradicional:

La denominada partera tradicional o empírica, ha sido definida por múltiples agentes. Luengas Aguirre (1999) considera que aglutinan una serie de conocimientos empíricos, habilidades, manejo de los rituales relevantes para su grupo y conocimientos procedentes del paradigma biomédico. Con frecuencia, va más allá de la atención a la mujer gestante y puérpera, ampliándose a la atención del recién nacido. Asimismo, los límites entre partera, hierbera y huesera y otros tipos de terapeutas tradicionales son difusos. Y las herramientas de las que disponen, variadas, dependiendo de su saber hacer, si pertenecen al ámbito rural o urbano, si han recibido capacitaciones por parte de las instituciones o no, etcétera. Es a la vez una identidad, un oficio y una identificación por parte de otros miembros del grupo y también, sin cuentan con la acreditación, por parte de las instituciones mexicanas. Luengas Aguirre (1999) añade que son “*especialistas de la reproducción social, cultural y material*”. Ayudan a la reproducción de los sujetos individuales y sociales y custodian con sus actividades la supervivencia física y simbólica del grupo. Asimismo, sirven de enlace entre el grupo y las instituciones de la sociedad mayoritaria en la que están insertos. También hace referencia esta autora a una “llamada a la partería”, a cumplir un destino revelado a través de un sueño o de una enfermedad. Destaca la especial atención de la partera a lo sagrado, los rituales de la vida y la muerte, atención también al bebé en el que caso de que este fallezca. Es considerado por algunos autores (ídem:1999) como heredera de la tradición de la medicina *ticitl*, la medicina prehispánica.

Instituciones oficiales como la UNFPA de las Naciones Unidas las define como: [...] *un grupo heterogéneo de miembros de la comunidad que no han recibido formación académica, que se desempeñan independientemente de los servicios de salud pública y que proporcionan atención durante el embarazo, el parto y el período postnatal* (UNFPA, 2011: 10) Esta suposición no coincide del todo con los postulados de otros autores procedentes de la antropología, que hacen hincapié en el carácter variado de los servicios que ofrecen, más allá de los procesos asociados a la gestación y el postparto. La OMS, por su parte la considera:

*En numerosos países, muchas mujeres dan a luz sólo con la asistencia de comadronas tradicionales. Son estas personas a veces iletradas y que con frecuencia carecen de toda instrucción obstétrica pero que conocen bien las costumbres populares en cuanto se refiere a los cuidados que han de darse a la madre y al niño, y suelen ser uno de los miembros más respetados de la colectividad* (OMS, 1996: 17).

Uno de los autores más relevantes dentro de la antropología médica, Menéndez, las conceptualiza en base a un triple rol como: "A) *función ritual de control de la ansiedad psicológica institucionalizada*, b) *función económica*, c) *función de seguridad constante en actividades y relaciones domésticas.*" Menéndez (1981:345) Será esta última definición la utilizada dentro del proyecto. Además, dicho autor dirá a propósito de las relaciones entre las parteras tradicionales y las instituciones biomédicas:

*"...ha permitido en cierta medida convertir a la comadrona en vehículo de una serie de prácticas de la medicina científica que tienden a subordinar ideológicamente a la partera empírica, aun cuando pueda seguir siendo autónoma y usufructuar en beneficio particular el respaldo institucional"* Menéndez (1981:346).

### 8.1.2. Las parteras tradicionales desde una perspectiva histórica:

La partería, tanto en su vertiente tradicional o empírica como en la profesional ha tenido un largo y azaroso recorrido en la historia de México. Carrillo (1999) en su texto habla de que, si bien conviven actualmente la partería tradicional con la ginecoobstetricia, la partería profesional ha sido históricamente desplazada.

En 1750 España ordenó tanto para la península como para los territorios de ultramar que las parteras debían contar con una certificación para el ejercicio de la profesión. Entre los requisitos, debían estudiar 4 años con un maestro aprobado, contar con un certificado de pureza de sangre y pagar 63 pesos. En este contexto, fueron expedidas muy pocas licencias. En ese momento Carrillo habla de la existencia de parteras españolas, negras, mulatas e indígenas; contando estas últimas con gran prestigio dentro de sus comunidades y siendo poseedoras de conocimientos relativos al aborto, aumento la producción de leche y versiones externas, entre otros (ídem: 1999) A principios del s.XIX, ya en un México independiente, la formación de las parteras se realizará conjuntamente a la de los estudiantes de medicina. Con esta formación se pretendía sustituir la labor de las parteras tradicionales por mujeres tituladas que permitieran acceder a los varones médicos a las puérperas y gestantes. Carrillo dirá que la profesión se desarrolla con el objetivo de servir como represión hacia las parteras tradicionales que ponían en entredicho la incipiente disciplina biomédica. En estos cursos la mayor parte de los profesores serán varones y el temario versaba sobre cuestiones sobre fisiología y anatomía del parto y el aparato reproductor femenino, cuidados del recién nacido y la puérpera y obstetricia legal. Empezarán a proliferar, lentamente, las maternidades por todo el estado mexicano e impartían la parte práctica de la formación de las parteras los médicos. De nuevo pese a las leyes que promulgaban que solo las parteras reconocidas podrían ejercer la profesión, las parteras tradicionales continuaron. Por su parte los médicos establecieron una relación combativa frente las que catalogaban de "intrusas": las parteras tradicionales. Esta situación se agravaría en 1887 con el

desarrollo de la especialidad de ginecología en la Escuela de Medicina de México. Los médicos entrarían en clara competencia con las parteras tituladas y las tradicionales en la asistencia a los partos y puerperios. Progresivamente se fueron disminuyendo las competencias de las parteras tituladas y limitándolas a las órdenes del facultativo. El parto se empezó a considerar un evento quirúrgico, solo accesible para los médicos.

En este momento se prohibió el uso de la silla de partos y de las posiciones verticales para el parto, características de las parteras tradicionales. Muchos obstetras utilizaban oxitócicos con frecuencia, causando retención de placenta, así como era frecuente el uso indiscriminado del fórceps, con las consecuentes lesiones fetales y maternas. Aun así, los obstetras expresaban con perplejidad: *«A pesar de todo [...] nuestro adelanto en la materia, la gente del pueblo, siguiendo costumbres de antaño, es asistida en sus partos por comadres o mujeres ignorantes.»* A lo largo del s. XX, la partería será integrada en los estudios de enfermería y posteriormente a las parteras se les prohibirá atender partos (1960) Finalmente, Carrillo (1999) dirá: “Puede decirse a manera de conclusión que con las parteras, tituladas o no, los médicos académicos han establecido desde el siglo XVIII relaciones que oscilan entre la prohibición y la capacitación, el reemplazo y la integración, la institucionalización y el control” (1999:87) Freyermouth (2018) retoma el relato en los años 70 del s. XX, momento en el que las políticas institucionales virarán hacia una mejor consideración de la “medicina tradicional” para paliar las inequidades en la atención a los procesos de salud/enfermedad entre los más pobres. De esta forma, la legislación ampliará las competencias de las parteras tradicionales a quienes se intentará vincular con el MMH a través de las ya mencionadas capacitaciones. Esta entente más o menos cordial entre profesionales biomédicos y parteras tradicionales durará hasta hace unas décadas. Con la implementación del Seguro Popular en 2003 las parteras tradicionales serán relegadas a funciones institucionales ya mencionadas por Mosquera (2006): registro de los recién nacidos, control de natalidad (métodos anticonceptivos) y vacunación de gestantes y criaturas.

Estas reflexiones acerca de la invasión de los varones en el ámbito femenino a través de la biomedicina serán también criticados en el caso europeo. Se

vinculará el despojamiento de la atención al embarazo, parto y postparto de las parteras en Europa durante el s. XVII con todo un proceso de apropiación del cuerpo femenino y de desarrollo del capitalismo mercantil. (Federici: 2016)

*Con la marginación de la partera, comenzó un proceso por el cual las mujeres perdieron el control que habían ejercido sobre la procreación, reducidas a un papel pasivo en el parto, mientras que los médicos hombres comenzaron a ser considerados como los verdaderos «dadores de vida» (como en los sueños alquimistas de los magos renacentistas). (Federici, 2016;137)*

La situación actual es que en México existen más de 15,000 parteras tradicionales, 100 parteras profesionales y 16,684 licenciadas en Enfermería y Obstetricia, en cifras del 2016 (Secretaría de salud Pública: 2016). Sin embargo, según estudios publicados, el 80% de todos los partos son atendidos por personal médico en formación, pese a haber demostrado menores competencias que las parteras profesionales y las enfermeras especializadas. Según la NORMA Oficial Mexicana NOM -007-SSA2- 2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida: *“Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas”*

## 8.2. Movimientos de “Parto Humanizado”. Origen, contexto e implicaciones para la investigación:

Las corrientes del “Parto Humanizado” si bien no cristalizarán hasta los años 80, se empezarán a gestar en los años 40 y 50 de la mano de Dick Read (“Parto sin temor”) y Fernand Lamaze (“Parto sin dolor”) Proponían cambiar la vivencia del parto por una experiencia más positiva y menos atenazada por el miedo al dolor. Posteriormente, en los años 70, de acuerdo al paradigma de *buscar la playa bajo los adoquines*, Leboyer (“Parto sin Violencia”) Michel Odent (“Parto instintivo”) y Moyses Paciornik (“PartoVertical”) (Odent: 1990; Leboyer: 1974) reivindicarán el parto como vivencia sexual e íntima, de vital importancia para madre y recién nacido. Considerarán que no es necesario un

aprendizaje especial, sino que la mujer *reconecte* con su “verdadera naturaleza” (Fernández del Castillo: 1994) Autoras feministas hablaron de la peligrosa oscilación de estas teorías hacia esencialismos en la construcción de la mujer y cómo la construcción cultural de esa supuesta naturaleza ha servido de justificación y legitimación de la subordinación histórica de la mujer al varón (Felitti, 2011: 115-7) También incorporarán elementos teóricos y prácticos de los “saberes no occidentales, especialmente indígenas” (Felitti, 2011: 115-7) En esta misma época se producirá una crisis del MMH, y se le achacarán unas funciones de control, represión y normatización de los cuerpos, especialmente femeninos.

A América Latina estos postulados llegarán de la mano del congreso "Humanización del Parto y Nacimiento" realizado en Ceará (Brasil) en el año 2000 y en el cual se instituyó la noción de Humanización (Lázzaro: 2017) A partir de ese momento, diferentes países latinoamericanos empezarán a tomar conciencia desde la salud pública, y se ocuparán de acuñar y de definir el término de “violencia obstétrica” y ulteriormente de legislar para eliminarlo. Algunos hospitales iniciarán un tímido cambio en algunas de sus prácticas. También se visibilizarán y criticarán duramente ciertas prácticas como las esterilizaciones forzadas contra poblaciones indígenas en el Perú de Fujimori. Se abogará por dulcificar la relación jerárquica médico/paciente, primar los deseos y derechos de las mujeres y de los niños y eliminar ciertas prácticas obsoletas (rasurado genital, episiotomía rutinaria, separación madre-bebé, las denominadas cesáreas “innecesarias” (Montes: 2007, Olza: 2005)

En el caso de México la violencia obstétrica aparece en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de los estados de Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz. La de Veracruz reza:

- 1. Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.*
- 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.*

3. *Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.*

4. *Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.*

5. *Practicar la cesárea, aun cuando existen condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.* Ley 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz.

Otra de las formas de violencia obstétrica, las esterilizaciones forzadas, está tipificado como delito en la Ley General de salud.

### 8.3. Relaciones e hibridaciones entre parteras tradicionales y autónomas:

Laako (2016) en su texto acerca de las parteras autónomas como movimiento social habla de los múltiples agentes que intervienen en la asistencia a los procesos obstétricos en México y de las relaciones entre la partera que ella denomina autónoma (también podría ser titulada o profesional) con las tradicionales y la fina línea que en ocasiones las separa. La autora define a estas profesionales como autónomas por considerar que es precisamente autonomía lo que no tienen en el ejercicio de su profesión desde los cambios legales de mediados del pasado s. XX. También se definen como autónomas frente al modelo biomédico y a la patologización de los partos. “ *Es aquí donde la noción de autonomía propicia la extensión, más allá de la lucha por una profesión, hacia la política de derechos reproductivos en la campaña por la humanización del parto y contra la violencia obstétrica* (2016: 34) La autora retoma la cuestión acerca de quiénes son realmente las parteras tradicionales poniendo como ejemplo a Veracruz, estado que ha certificado como “tradicionales” a parteras que no son indígenas (la cuestión de quién es indígena y bajo qué criterios sería otro debate inacabable) , que viven en contextos semiurbanos, con altos niveles de instrucción. Asimismo, la autora

destaca que las parteras tradicionales tampoco son internamente un grupo homogéneo *“pues incluye parteras de corte “tradicional” y también a parteras capacitadas que giran hacia el sistema biomédico, dejando así de corresponder al imaginario común sobre las parteras/tradicionales/indígenas”* (2016: 38) Habla de que algunas parteras se definen como “parteras híbridas” vinculando la partería tradicional con la perspectiva biomédica. Finalmente, encontramos las parteras tituladas que salen de las diferentes escuelas de partería que se encuentran actualmente por el país. En cuanto a estas últimas, se les ha criticado por un lado que las parteras tituladas ignoran a las tradicionales, y que cuando no lo hacen, usurpan sus conocimientos. Como conclusión, Laako habla de que las parteras autónomas plantean dos retos fundamentales por un lado, que la biomedicina no garantiza realmente los derechos reproductivos de las mujeres, y que hay que tener en cuenta a la medicina tradicional en el debate acerca de la reducción de la tasa de mortalidad materna; por otro, rechazan las políticas desarrollistas clásicas que consideran que los problemas de las mujeres del construido como “Tercer Mundo” se basan en las dificultades de acceso a la biomedicina. De esta forma, las parteras profesionales también relacionan la mortalidad materna con la atención obstétrica institucional y no con la falta de ella, como de hecho ya se hace en otras partes del mundo (Olza: 2005; OMS: 2015)

#### 8.4. Enfoque de riesgo:

El enfoque de riesgo es un elemento muy relevante dentro el MMH por su capacidad de permear las prácticas y creencias propias, pero especialmente por su gran expansión en la mente de la población general, y también de las parteras empíricas. Múltiples críticas hacia dicho modelo se han centrado en la patologización de procesos fisiológicos, especialmente femeninos, ya sea la menstruación, la gestación parto y posparto y la menopausia; así como en la normativización y posterior medicalización de dichos procesos. Se presume que el cuerpo femenino es un cuerpo falible que necesita de la presencia de “expertos” para su control. En esta línea, Montes Muñoz afirma que *“la sospecha de un cuerpo-máquina productor que presenta habitualmente fallos*

*en su funcionamiento” o que, por diferentes circunstancias, “no responde adecuadamente a sus funciones creativas. Bajo estos auspicios, se institucionaliza la necesidad del control del cuerpo y la mirada se dirige hacia un “cuerpo pensado como (a) deficiente, (b) con poder para generar riesgos, o (c) imprevisible e inestable en sus funciones” (Montes Muñoz: 2008:179). Desde ahí se justifican y legitiman una serie de intervenciones encaminadas a la prevención, no solucionan problemas establecidos, sino que presuponen que se van a producir:*

*La concepción del riesgo omnipresente responde a la inculturación de la formación médica [...]. La insistente búsqueda de las supuestas alteraciones hace aumentar en las mujeres el sentimiento de que su existencia es real. El cuerpo oculta según estas ideas un riesgo imprevisible e irreconocible por la propia mujer que sólo los técnicos y técnicas están capacitados para identificar (Montes Muñoz, 2008:345).*

Las propias mujeres son despojadas de su capacidad para percibir si hay algún problema, función relegada al sistema. Cabe destacar que los cursos de capacitación realizados para las parteras tradicionales por parte de las instituciones mexicanas destacan la importancia de la derivación médica de los “embarazos de alto riesgo” y la importancia de la detección precoz de posibles problemas, mientras que la cosmovisión de la partera tradicional se centra en la actuación una vez materializado el riesgo en un problema real.

#### 8.5. Definición e implicaciones del dolor del parto:

El dolor y sus implicaciones han variado transcultural y transhistóricamente. En Europa, el dolor será entendido como una emoción hasta el sXIX, momento en el que se le añadirá la dimensión física. En el s. XVII y especialmente durante el s. XIX y la instauración de la atención del parto por médicos varones, se empiezan a realizar estudios acerca de la fisiología del dolor y el uso de fármacos para paliarlos (Mallén et col: 2015). La primera vez que se usó analgesia en el parto fue en 1847, en Edimburgo con el uso del éter.

Posteriormente ya en los inicios del s. XX ganó presencia un cóctel con diferentes fármacos, que provocaba un estado de semiinconsciencia que en muchas mujeres suponía un estado psicótico con gritos y terribles vivencias. Posteriormente se producía un estado de amnesia en el que no recordaban el proceso anterior; a todo este proceso se le llamó sueño crepuscular. Se basaba en una combinación entre morfina y escopolamina cuya utilización fue apoyada también por parte de las sufragistas. Alrededor de los años 70 en EEUU se populariza el uso de la anestesia espinal. Fisiológicamente, se define el dolor del parto como aquel producido por las contracciones uterinas y por la expulsión del feto y los anejos. Ese dolor difiere según la etapa del parto. Desde la perspectiva biomédica se considera que *“es una experiencia sensitivo-perceptual y emocional única, que está influida por múltiples factores internos y externos, y que se activa como respuesta fisiológica a un estímulo orgánico producido por las contracciones uterinas y la expulsión del feto y los anejos”*(Mallén, 2015:65) .El modelo biomédico postula que el dolor de parto que es muy intenso y que debe eliminarse si así lo desea la mujer ya que mejora su percepción y vivencia del parto. El control del dolor será considerado un estándar de calidad. De hecho, también será una cuestión defendida por las feministas de la segunda ola, contraviniendo el “parirás con dolor” bíblico. Posteriormente la epidural será conceptualizada como una herramienta del patriarcado vehiculado a través de la biomedicina para acallar y amansar los cuerpos femeninos en el parto. De domesticar el poder femenino (Rodrigáñez: 2007). Por su parte, agentes afines al Parto Humanizado consideran que forma parte de la vivencia, que dolor no es sinónimo de sufrimiento y que es necesario dejarse envolver por él. También se hace hincapié en cómo se ve aumentado si hay intervención médica, y que es en ese momento, junto con determinados protocolos hospitalarios como la inmovilización y la adopción de determinadas posturas, lo que hacen que sea muy intenso y se solicite la epidural.(Olza: 2018) En esta misma línea, Schmid (2012) en su conocido libro “ El dolor del parto” considera que el parto «es un viaje interior e iniciático y que la apertura al niño durante el embarazo puede ser el recurso endógeno más importante y eficaz de la mujer para reducir y transformar el dolor del parto» Considera el parto como un «acontecimiento psicosexual» , que debe

transcurrir en la intimidad y con personas de la elección de la mujer, lo que disminuirá el miedo y por ende la percepción de dolor y de sufrimiento Güemez (2000) , dentro de sus investigaciones sobre la conceptualización indígena del dolor en el parto en el sur del Yucatán, dirá que “es un fenómeno, una sensación, una experiencia estrictamente individual y personal determinada por el contexto social.”(2000: 76) Su artículo versa acerca del dolor desde una perspectiva lingüística , así dirá que se emplea solo como sustantivo y no como verbo: “Ella tiene mucho dolor, doctor”. Recalca que muchas mujeres tienen miedo durante el parto de tener que ser trasladadas al hospital, por lo que el dolor es considerado un elemento positivo y se teme que se detenga y con él el parto y haya que proceder al mencionado traslado. La sensación de las parteras es que los médicos actúan y no “dejan que actúe la naturaleza” :

*“el dolor [para las parturientas] no es un castigo de Dios, sino la manera de subrayar algo muy importante que te hará crecer como ser humano, como mujer... El dolor de parto es constructivo, va y viene, te da la oportunidad de descansar y dormir entre una y otra contracción. Te prepara, te abre para el hecho. Sin embargo, es de muchos conocido que en la actualidad existen técnicas médicas para evitar el dolor del parto, es decir para bloquear el dolor producido por las contracciones uterinas y el nacimiento durante el cual la madre es capaz de asistir despierta y sin dolor el nacimiento de su hijo” (ídem).*

El autor vincula el aguante del dolor, considerado, además de soportable, como inevitable y necesario dentro del proceso con la mentalidad cristiana de aguantar estoicamente los dolores de parto.

#### 8.6. Modelo Médico Hegemónico, Modelo Médico alternativo subordinado y Modelo de autoatención (Menéndez: 1984, 1990, 1992)

Menéndez (1988) dice que: “Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías

teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” Hace referencia a los servicios formales e institucionales de atención a los procesos de salud/enfermedad/atención. El MMH intenta excluir jurídica e ideológicamente a los otros modelos, que pasan a ser complementarios o estar en franca rebeldía frente a él. Menéndez destaca que los restantes modelos no tienen por qué ser contradictorios, sino que con frecuencia se acoplan con más o menos fricción a él o son una escala más en los tipos de atención a los que puede optar un individuo (carrera de la enfermedad). La expansión de este modelo se genera no sin conflictos que serán dirimidos por el Estado que lógicamente favorece la hegemonía del mismo ya que emana de sus propias instituciones. También destaca el autor que con su definición no aboga por una vuelta romántica a las prácticas tradicionales o alternativas. De esta forma, Menéndez enfatiza que el MMH se entiende solo en la relación subalterna que genera con otros modelos de atención. A partir de los años 60 se discute la idoneidad de este sistema y se habla de crisis del MMH en base a los costes tecnológicos, en personal, en fármacos de patente, la yatrogenia la medicalización de la vida (críticas en el caso del parto por la patologización de procesos fisiológicos como el embarazo, el parto, el postparto, la menopausia en base al enfoque de riesgo) etcétera. Entre sus rasgos estructurales destaca el biologicismo, positivismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, salud como mercancía, acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad, tendencia al control social e ideológico. El autor mexicano vincula el desarrollo del MMH al capitalismo y la burguesía (s. XVIII y XIX) y habla de que será jerárquico, asimétrico, clasista y racista. Es un sistema que descalifica, niega o margina otras prácticas, y con ellas otras formas de entender y de cuidar el cuerpo, ejerciendo funciones de control y legitimación. Asimismo, el autor destaca que transforma dialécticamente y de forma irreversible a los otros modelos. Finalmente, dirá que: “ El aparato sanitario como institución que opera en los procesos de reproducción biológica social e ideológica (...) así como en su control y normatización”( 1988: 461)

Por otro lado, el MMA (Modelo Médico Alternativo Subordinado) engloba las prácticas reconocidas como tradicionales, que en realidad no solo proceden del pasado, sino que muchas son derivaciones o emergen del MMH, que transforma las prácticas denominada tradicionales. En el caso de las parteras tradicionales, destaca el uso de yerbas y también de fármacos de patente, así como de técnicas tradicionales como la sobada y los manteos o los baños rituales y otras herramientas y técnicas (lavado de manos, colocación de la paciente en cama) que derivan de los procesos de capacitación por parte del Estado mexicano. Este modelo engloba a un grupo muy heterogéneo. Se caracteriza por: visión globalizadora de los padecimientos y problemas, importancia de la eficacia simbólica y la sociabilidad. Presenta algunos rasgos comunes con el MMH. El modelo alternativo no se mantiene, según él, fruto de resistencias contraculturales, sino por su reconocimiento social y por ser con frecuencia los únicos con los que cuenta una determinada población. Tras la crisis del MMH en los años 70, se producirá un progresivo rescate y autonomía de las prácticas terapéuticas populares. En los años 80 la OMS define a las parteras tradicionales como un elemento clave en la salud materno infantil y en la cultura de sus comunidades, momento en el que el IMSS-COPLAMAR implementan políticas de revitalización de prácticas tradicionales.

Por último, el Modelo de autoatención engloba el diagnóstico y atención llevado a cabo por la propia persona o por personas de su entorno familiar o comunal sin que intervenga un curador profesional. No es un modelo que se tenga en cuenta dentro del proyecto.

#### 8.7. Las *sobadas*:

Un ejemplo de técnica corporal objeto de análisis del estudio son las *sobadas*, unos masajes que se realizan tanto en el parto como en el posparto a la mujer. Güémez (2000) hablará de que las *sobadas* se realizan para relajar los músculos y aliviar las molestias propias de la gestación. Durante la terapia, la

embaraza se tumba en decúbito supino con un almohadón en la espalda. La partera palpa, localiza la cabeza del niño y de esta forma el resto de su posición. Si no es cefálica intentará movilizarlo con un movimiento giratorio. El autor recalca que actualmente no se realiza esta maniobra, sino que habitualmente derivan los embarazos de alto riesgo al ámbito biomédico porque de no hacerlo podrían ser sancionadas. También se realizan masajes postparto a partir de los 10-12 días para reubicar el útero y disminuir las posibles molestias. Güémez destaca que, si bien hay cada vez más mujeres que acuden a los servicios alopáticos para la atención al parto, no dejan de recibir y solicitar cuidados pre y post de las parteras tradicionales. Es una práctica común entre las parteras tradicionales en muchas áreas de México (Freyermouth, 2018)

#### 8.8. La posición para el parto:

Güémez (2000) en sus investigaciones en el sur del Yucatán habla de que cuando los dolores del parto empiezan se avisa a la partera, que soba el abdomen de la gestante. Algunas hacen una exploración vaginal para conocer la dilatación uterina. Si lo consideran necesario, soban a la mujer de nuevo para acelerar el proceso. Cuando los dolores son más intensos y se acerca el nacimiento del bebé o expulsivo según nomenclatura biomédica, el autor refiere que: *“la parturienta se acuesta en la hamaca de manera perpendicular (tendida en el piso o sobre una mesa) con las piernas encogidas y extendidas en los extremos como un apoyo al movimiento necesario para dar a luz”*(2000: 89) El autor también explica que en ocasiones el nacimiento se produce también de pie y colgada en una hamaca o cuerda atada. La partera utiliza un aceite verde caliente como lubricante. Además, son frecuentes los rezos a algún santo benefactor. La bolsa de las aguas puede romperse espontáneamente o por el contrario se provoca la ruptura artificialmente. Otros estudios acerca de las posiciones para el parto en Chiapas (Freyermuth: 2014) hablan de cómo la mujer se encuentra acucillada y rodeando con los brazos a su esposo, que se encuentra sentado en una silla baja enfrente de ella.

## 9. RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

### 9.1. Entre dos mundos: resultados las parteras tradicionales

9.1.1 *Abuelitas de ombligo*: funciones de las parteras empíricas xalapeñas en la actualidad.

Las funciones de las parteras empíricas mexicanas por parte de las instituciones públicas son semejantes al que ya señala Mosquera (2006) en el caso guatemalteco: seguimiento del embarazo, atención al parto y al postparto, vacunación de niños y gestantes, control de natalidad y métodos anticonceptivos y registro de los niños nacidos. López García (2008) comenta que la parte creativa de las comadronas queda oscurecida por unas habilidades técnicas, subalternas, casi ajenas. Su presencia como referentes de la comunidad se difumina al menos desde la perspectiva institucional local, que con dificultades ve más allá de sus posibilidades ampliamente explotadas como intermediarias entre los profesionales de salud biomédicos y la población. Sin embargo, a ellas se recurre incluso aunque por ancianidad o políticas gubernamentales hayan dejado de ejercer, siendo una persona de referencia en el ámbito materno infantil. Mantienen un poder carismático por la relación cercana con la población y el fácil acceso que las mujeres tienen a sus servicios. Además, con frecuencia su lenguaje, honorarios y prácticas son muchos más afines a las mujeres que atienden que los de los profesionales biomédicos, sobre los que siempre está la sospecha de que “apuran a las mujeres” y “hacen demasiadas cesáreas” o que practican con ellas para mejorar sus habilidades:

*(...) pues venían las mujeres a decirle a mi mamá, vine porque usted me dijo que iba a ser cesárea y pues sí, fue cesárea y este, mucha gente venía de lejos porque me recomendaron con usted y hasta la fecha, lo que ella les diga, lo que usted les diga, Hijo de I, Xalapa.*

Cabe destacar, además, que prácticamente todas las parteras empíricas entrevistadas se quejaban, más o menos veladamente del descenso en los partos atendidos. Muchas hacía años que no atendían partos, pese a que

ocasionalmente “acomodaban bebés” o eran requeridas por la población. Las iniciativas institucionales, o al menos desde su percepción, se centraban en que las mujeres dieran a luz a nivel hospitalario. Una partera titulada informante me comentó en la entrevista que hay un programa específico (PROSPERA) que paga un dinero a las mujeres que dan a luz en el hospital, no siendo así si son atendidas por parteras. Este contexto unido a la avanzada edad de mis informantes y la relativa falta de nuevas generaciones hacía que las informantes no fueran especialmente optimistas respecto al futuro de la profesión. En otros estados mexicanos sí que existen estudios oficiales de partería, como es el caso de Guerrero y Chiapas y San Miguel de Allende, entre otros, desde la apuesta por una partería profesional que vincula la biomedicina con las prácticas no biomédicas, con perspectiva de género y de Derechos Humanos (Freyermouth, 2018)

*Según la esposa del gobernador, Miguel Alemán, dijo que nos iba a dar una ayuda, y la ayuda que nos dio fue que en cada colonia pusieron una clínica, ahora toda la gente va a la clínica, [...Interrumpo, ¿o sea que ayuda poca no?] !! Nada!! [ exclama], ayuda nada, esa fue la ayuda que nos dio (...) de ahí para acá ya no... [refiriéndose a que ya no atienden partos las parteras] Fue como en el, ha de tener como unos 6 o 9 años, que nos dio la ayuda, pusieron las clínicas, todas las mujeres van a las clínicas y de ahí, ya casi partos no, ya no atiende ni uno. I. Xalapa.*

La cuestión del control de natalidad, además de ser un derecho dentro del ámbito de la salud sexual y reproductiva (OMS,2007) es un objetivo gubernamental de primera magnitud (Freyermouth y Siesas, 2009) Dejando a un lado los escándalos no solo en México sino en otros países sobre la esterilización forzada de mujeres indígenas o pobres, las parteras empíricas gracias a su papel de intermediarias ayudan a las mujeres que desean *cuidarse* facilitando diversos métodos anticonceptivos.

*Ahora ya los de los cursos del seguro ya casi no nos explican nada del parto, ya son las inyecciones, las vacunas de niños, y este, el cuidado de las*

*criaturas, nos van dando un curso el doctor, llega un doctor o doctora. I. Xalapa.*

*La pastilla la damos nosotras para que se cuiden, podemos llevar al seguro para que les pongan el DIU, nos dan pastillas, nos dan preservativos e inyecciones para que las demos.*

I. Xalapa.

*Ahorita, el curso que tuvimos tocante a la planificación familiar, muchos métodos, pero muchas veces no los quieren llevar a cabo, lo más práctico es la vasectomía, no hay riesgos de nada, tienen que ir al doctor a prepararse, poner la cita , pero los hombres no quieren, dicen que duele mucho, no, no duele les digo, duele más a la mujer y es más peligroso para la mujer, anímense (...) Los métodos se los empiezo a platicar desde que se hacen embarazadas, sí, sí, porque les digo, ya saben, ya ven la situación cómo está, la ampolleta para dos meses, ahorita el implante es lo más nuevo para planificarse, tres años, pero si llevan tres años y se lo quieren quitar, se lo quitan, el DIU también, pero sí está bien el DIU pero deben esperar a la cuarentena, entonces, le ponen el DIU pero está inflamada la matriz, que esperen. P. Chiltoyac*

#### 9.1.2. Comienzos en la profesión: de Dios a una familiar partera.

Coincidiendo con la bibliografía consultada (Mosquera, 2003, 2006), la mayor parte de las informantes se dedicaban a la partería porque sus abuelas, tías, madres o suegras lo hacían. Otra de las informantes se dedicaba a la partería por azar, en un momento de su vida la partera “oficial” de la comunidad no pudo atender un parto y requirieron de su ayuda. No aparece entre mis informantes la presencia de un sueño o de una enfermedad importante que sí que tiene una presencia importante en otras etnografías.

*Yo empecé porque mi suegra era partera y ella fue la que me enseñó y ya después yo me quedé a trabajar yo sola y sigo trabando yo sola, sí. P. Chiltoyac*

*Es que mi mamá era partera, pero una vez que ella estaba enferma, vino este Juan, y le dijo, este, una mujer se va a componer, este, yo estoy mala (dice la madre), y dice, este Rosa, se va a componer y yo ahorita no puedo trabajar, y me dice, ¿hija no puedes ir tú? R, Chiltoyac.*

*Aprendí porque mi tía iba a atender partos y me pedía con mi mamá que fuera con ella. Nomás que ponían la cobija, pero yo por la rendijita bien que veía yo. L, Chiltoyac.*

*(...) yo empecé, mi esposo era el mayor médico del ejército, tenía libros y yo empecé a ver los libros y de ahí ya empecé a atender el parto. Le hablaron a él [ para que atendiera un parto] pero como no estaba él, pues ya fui yo y ya estaba una viejecita como yo en el piso, en Oaxaca, en Tomellín, Oaxaca y ahí estaba yo, ahora qué le hago, pero yo mandando , reciba al niño , mírale el ombligo, el cordón y mire amarre aquí y amárrele allá, pero yo nomás mandando porque yo no, y ya cósele ahí, no es que se le va a ir el cordón, no señora este cordón es más largo, se lo amarra a su pierna, según el médico me había dicho, vi cómo nació el primer bebe, pero yo no atendí en nada (...) y ya empezó a decir mi papá que yo atendía partos y ahí empecé yo solita a atender partos, ahí fue donde empecé, ya de 17 años... I. Xalapa.*

*Yo nada más, pues como, por urgencia, hace 40 años, porque aquí debe de estar la persona formada, ir a cursos, yo no, yo solo por urgencia, ya ahorita ya no porque me tiemblan las manos y no, para eso debe estar uno bien. Hay que cortar rápido, es mucho...La señora que atendía aquí los partos, cuando la iban a ver, como iba a lavar la ropa, les decía no, quería dejar terminado. Ya mi cuñada fue la primera, iba a dar a luz, y era ya y ya. Las que venían a verme, era por urgencias, no a mí, porque le digo, es mucha responsabilidad.*

*Otras han querido [que le atendiera el parto] así las vecinas, ellas, que sí, pero, si llega a pasar algo, me meten al bote [a la cárcel] D, Chiltoyac.*

En cuanto a la forma de adquisición de los conocimientos sobre la partería, como ya se ha mencionado muchas aprendieron de otras parteras tradicionales, pero todas las entrevistadas salvo la mujer que únicamente atendió partos de urgencias en un momento de su vida, habían acudido a los cursos de capacitación del Gobierno (Programa Nacional de Parteras Tradicionales, 1994) Este es un elemento de gran importancia porque relaciona a estas mujeres directamente con las instituciones y con las praxis y teorías directamente biomédicas. Es un tema que será retomado con más profundidad posteriormente. Varias informantes mencionan también el conocimiento que proviene de Dios, así como la capacidad última de este a la hora de permitir a las mujeres engendrar y parir. Por último, las mujeres que dan a luz también tienen un papel relevante en el aprendizaje de estas mujeres, a través de la práctica en la atención al nacimiento.

*Hay veces los sábados aquí parecía feria, a que las revisara, porque como yo nunca les cobré caro, nunca, les digo nunca les cobré siquiera 400 pesos, y un día ahí en el seguro, como tenemos junta, y llega una y me pregunta que cuánto cobraba yo, y le dijo por qué miya y ella pues yo cobro 800 pesos, porque eso es un gusto [esfuerzo]sí pero también es un mandado de Dios, porque si la mujer quiere embarazarse pero Dios no le da permiso pues no se embaraza, una cosa mandada por Dios. I, Xalapa.*

*Prácticamente me enseñaron ellas [las parturientas] a mí, no yo a ellas.*

I. Xalapa

*Le doy gracias a Dios que me alumbró, gracias a Dios soy creyente. R, Chiltoyac.*

En mi campo, ni Xalapa ni los pueblos donde realicé las entrevistas eran considerados, ni a nivel institucional ni por autoadscripción pueblos indígenas

o con gran porcentaje de esta como otros de los alrededores. Todas las informantes hablan fluidamente el castellano y ninguna habla lenguas *originarias*. No obstante, realizaban prácticas que ellas consideraban “propias” por opuestas a lo biomédico aprendido en los cursos de capacitación como “acomodar” bebés y baños postparto con yerbas. La presencia de la cosmovisión acerca de lo cálido frente a lo frío aparece de forma repetida, aunque no explícita en las entrevistas.

*Té de canela, nada más. Sin pastillas y sin nada, porque los médicos nos decían allá en las prácticas que no diéramos pastillas. Gracias a Dios no necesitaban inyecciones.* R, Chiltoyac.

*Para el dolor de las contracciones, pues, eso es normal, ¿no?, les hago un tecito para que se alivien más rápido, un tecito de canela con unas hojitas de aguacate, con eso a veces no hay necesidad de la ampolleta [fármaco de patente para provocar más contracciones, oxitocina en vial], todo lo que se pueda hacer normal, natural.* P. Chiltoyac

*(...) ya ponía las yerbas, las compraban [las puérperas] en el mercado o ya yo iba en el mercado, y pues las bañaba. Después yo las mandaba que se recostaran de lado y me recargaba sobre de ellas, nos decían que apretarlas que, con un trapo, pero yo nomás me recostaba sobre ellas [ hace el gesto como de amasar con las manos]*

¿Esto se lo enseñaron en los cursos?

*No, eso es casero, de las parteras, ahí no nos enseñaron, ahí nomás como en el hospital.*

I, Xalapa.

La placenta y cómo gestionarla es una cuestión relevante dentro de la atención al nacimiento. En los manuales de capacitación (Programa Nacional de Parteras Tradicionales, 1994) se invita a los profesionales de la salud a respetar la solicitud de las familias de llevársela y enterrarla, y en los hospitales con perspectiva *intercultural* es un hecho en el que se hace

hincapié. La actuación hospitalaria habitualmente es desecharla como producto biológico indeseable. Desde el mencionado texto de 1994 vinculan el enterramiento con cuestiones espirituales propias pero mis informantes lo veían más como una cuestión práctica e higiénica además de una costumbre aparentemente tan obvia que no precisaba más explicación.

*La placenta se la doy a ellos para que ellos entierren, porque aquí es este, piedra, y aquí no hay lugar para enterrar y si se queda a la intemperie pues puros animales, ya ve que luego andan y ...se evita uno problemas porque luego dicen bueno esa placenta dónde está el bebé. P. Chiltoyac*

*La placenta ahí se quedaba con la señora, la enterraban... I, Xalapa.*

9.1.3. “El *doctorcito* dice...”. Cursos de capacitación: implicaciones epistemológicas y prácticas en la relación entre biomedicina y parteras empíricas.

Los cursos de capacitación se iniciaron en un momento en el que a nivel institucional México apostó por utilizar a las parteras tradicionales para mejorar los estándares de atención a los procesos reproductivos y especialmente en unas políticas de control de natalidad que Mies y Shiva (2012) denominarán neomalthusianas. Freyermouth (2018) dirá al respecto que el “interés en la interrelación de médicos y parteras tradicionales se deriva de la incapacidad estructural del sistema de salud para prestar atención materna a las mujeres, sobre todo en las áreas rurales” (2018:18) Este panorama se modificará a principios del presente siglo, momento en el que con la implementación del Seguro Popular se promueve la atención a los procesos reproductivos en el ámbito hospitalario y por profesionales biomédicos. En este punto, de nuevo en palabras de Freyermouth “*el único resquicio para la integración de las parteras tradicionales es como prestadoras de una atención culturalmente competente del parto, o como articuladoras de las mujeres renuentes a aceptar la atención institucional*” (2018: 20) El estado primero invitó a una entente más o menos cordial entre los profesionales biomédicos y las parteras empíricas

que posteriormente decidió revertir, favoreciendo a través de diversas políticas la subordinación de los conocimientos no biomédicos a los biomédicos. La perspectiva ideológica de base para la realización de los cursos de capacitación es que las parteras empíricas son ignorantes, iletradas, que con su falta de conocimientos dañan a la mujer y al recién nacido, necesitan absorber conocimientos biomédicos, de forma que los transmitan, los vehiculen en lugares donde la infraestructura sanitaria no puede llegar. Una especie de mal menor. Ya solo el concepto de “capacitación” implica que sin la validación biomédica son incapaces. A partir de los cursos de capacitación se les entrega una cédula y un maletín de instrumental, como bien ironiza una de las informantes y la posibilidad de ejercer legalmente la partería en el territorio veracruzano. Varias informantes no sabían leer ni escribir, lo cual hacía muy complejo los cursos y la burocracia posterior al nacimiento de la criatura.

*(...) entonces pues, o cambian los cursos, el enfoque, la metodología, o no les sirven de nada más que para ser aceptadas y darles pues una credencial o un maletín.*

*L, CDMX. Partera titulada.*

Las relaciones con los profesionales biomédicos están limitada a una función subalterna tanto ideológica como práctica: en los cursos de capacitación, las juntas que se realizan cada dos meses y para resolver problemas logísticos de papeles para las parteras que no saben leer ni escribir. No hay presencia de parteras a nivel hospitalario, templo biomédico. Las informantes refieren que indican a las mujeres vayan al medio hospitalario o que “junten” dinero porque por las características del embarazo o de la propia gestante un parto domiciliario no está aconsejado. Junto con cuestiones salubristas como el lavado de manos, la esterilización de los utensilios para cortar el cordón y el inicio precoz de la lactancia materna, también los cursos incluyeron cuestiones tales como la posición de la mujer para el expulsivo. Varias informantes recuerdan cómo antes de los cursos atendían partos con las mujeres hincadas o paradas. Las recomendaciones biomédicas invitan a las parteras a acomodarlas invariablemente acostadas. No deja de sorprender porque ya en

los años 80 la OMS (OMS, 1985) recomendaba que la mujer escogiera la posición con la que más cómoda se sintiera para el expulsivo. En un giro paradójico, la OMS valida la praxis “tradicional” de estas parteras, pero se ven obligadas a seguir unos preceptos biomédicos ya obsoletos. De la misma forma, todas las informantes refieren que se lava a los niños antes de entregárselos a sus madres, práctica desaconsejada actualmente.

*Ehh, pues acostada, acostadas, boca arriba, ya no me toco parada (de pie), antes si era parada, pero ahora ya no, no, yo le digo desde 1972, de los cursos, y de por sí pues yo ya atendía acostadas. I. Xalapa*

*Acostadas, a veces las primigestas no saben, les cuesta, y puede ser en posición sentada, pues en así, hincadas, pero como que se les hace más difícil y así acostadas hay manera de ayudarles más y le digo pues, gracias a Dios todo ha salido bien y pues todo. P. Chiltoyac*

*Acostada. Fui a aprender al seguro. Primero se componían hincadas [de pie], y después del seguro, que fui a aprender, sin saber leer, pero yo quiero, quería aprender algo y este, ya les arreglaba yo su hule [para ponerlo debajo de la parturienta] sus trapitos limpiecitos, aunque sean viejitos, pero limpiecitos, y gracias a Dios, me atendían bien y yo las atendía bien. R. Chiltoyac*

Los “médicos” aparecen de forma constante en las entrevistas justificando algunas de sus afirmaciones y respuestas ante las preguntas que planteo. También las referencias a las “juntas” que realizan cada dos meses y la implicación de los médicos en el proceso burocrático de registro de las criaturas tras el parto. Las parteras tradicionales aparecen como elementos puente entre poblaciones desfavorecidas y control gubernamental de los nacimientos. Varias informantes comentan la necesidad de acudir a la clínica a que los doctores les “ayudaran” a rellenar los papeles para el registro de la criatura.

*Dicen los médicos que debe de ponerse enseguida porque al succionarlo el pecho, de la mama, cada pecho es un ovario, entonces, cambia el ritmo de la lactancia con el sangrado. I. Xalapa.*

*Nos platican [los profesionales sanitarios en los cursos] de cómo atender partos, complicaciones que puede tener una embarazada, el bebé, qué debemos hacer, no este, no esperar a mayores consecuencias. P. Chiltoyac*

*No, los médicos decían que no pusiera inyecciones, porque, este, pues como no sabía yo leer...y gracias a Dios no necesitaban este, inyecciones. R. Chiltoyac*

*Sí, el doctor me ayudaba mucho con las hojas [no sabe leer ni escribir]. Cada que tenía yo un parto les iba yo y les decía, la firmas y ya, como me ayudo el doctor. Gracias a Dios, tuve mucha amistad con doctores, con enfermeras, con todos, llegaba yo y, como si fuera mi casa. R. Chiltoyac*

Serán los biomédicos los que indiquen qué fármacos utilizar y quién puede hacerlo y quién no. Varias informantes comentan que anteriormente usaban fármacos como el *Preparten* (dextropropoxifeno, opioide débil) para el alivio del dolor y el *Syntocinon* (nombre comercial de la oxitocina) para aumentar las contracciones o prevenir y tratar la hemorragia postparto. El conocimiento emana principalmente desde la biomedicina, desde una posición jerárquica y unidireccional, permitiendo a las parteras que conozcan solo aquello que los profesionales biomédicos deciden y cuando lo deciden. Las parteras empíricas son conscientes de su valía, pero mediada a través de la biomedicina. Cuando me presento como enfermera, una informante en un diálogo con su hijo comenta que “ellos ya lo saben todo eso, que han estudiado” (I. Xalapa) Las críticas hacia los médicos y su forma de atención son tímidas, posicionándose delicadamente a favor de ellos y disculpando que “apurán a las mujeres porque tienen mucho trabajo”. Las informantes estaban impregnadas por el aura científico y exclusivo de la biomedicina como ley verdadera cuyo conocimiento solo poseen unos pocos eruditos. También como avance para la

Humanidad desde una perspectiva evolucionista. En cambio, oyentes de las entrevistas, mujeres y hombres, familiares de las parteras, más que las parteras mismas, afirmaban que se hacían muchas cesáreas, que las mujeres se sentían humilladas y que en el paritorio había demasiada gente “fisgoneando”. No obstante, como en toda interacción, la sumisión no estaba exenta de rebeldías. Una de las informantes comentó que un médico compartió tiempo con ella con el objetivo manifiesto de que esta aprendiera, aunque ella sospechaba que era el médico el que quería aprender a atender el parto como lo hacían las parteras. (L. Chiltoyac) Muchas son conscientes del trabajo humano que hay detrás, de la comprensión y el cariño que requiere el oficio. Asimismo, se hacen eco de algunas de las críticas a la biomedicina desde la antropología médica: su carácter excluyente, etnocéntrico, que aísla la patología del cuerpo, al individuo del cuerpo y a este de su contexto (Good, 2003)

*Los médicos, por decir, como que no tienen la paciencia para tratar a la embarazada, en lugar de calmarlas, de apapacharlas las regañan, para qué gritas, así hubieras gritado cuando lo hiciste, y está bien feo, se ofenden, sí, entonces todo eso a que también ellas se sientan mal, ahora, no te muevas porque ensucias, no grites, haz para allá, ahorita ya se los dan a las mamás, antes iban a las cunitas, es una cosa normal [ el parto] que tiene frío, vamos a taparla, yo así les hago, ay que mi bebé va a llorar, no te preocupes, cualquier cosa háblame grítame, no puedo dormir porque estoy pendiente de ella, me dicen es que tengo dolor, es normal yo les digo, estás limpiando, mañana ya va a pasar, al otro día temprano, les doy de desayunar, les hago su chocolate, si es en el día les hago caldito de pollo, todo calentito, báñate , hay agua caliente, te puedes bañar, ya las visto, les pongo su pañal, les pongo su este, su pantaleta, bien bañaditas, es que este trabajo nos recomienda a nosotras, vienen de Coatzacoalcos. Soy ahorita la única partera de la zona. P. Chiltoyac*

*(...) dice el doctor, ustedes tienen la práctica y nosotros tenemos la teoría, ahora nosotras también tenemos teoría y práctica. P. Chiltoyac*

*Se quejan [ las mujeres, del trato en el hospital] , tiene poquito que vino una muchacha, ay, me hubiera aliviado con usted ; sí, sí, es que me hicieron esto, me hicieron , las cesáreas, como que no hay este, paciencia (...) Hace muchos años, una muchacha le hicieron cesárea, ay, señorita, dice, es que la venda, no te pasa nada, quítatela, pero la muchacha, se va al baño, se quita la venda, a la hora de quitarse la venda, ahí se desmayó, ahí se murió. La mayoría ahorita en el hospital ahorita son practicantes, no todas son de cesáreas, son de alto riesgo, pero hay que tenerle paciencia, muchas son cesáreas porque son más rápidas. Hay señoras que apenas empiezan, yo les explico, hay que tenerles mucha paciencia a las sras, mira yo te estoy ayudando, échale ganitas que ahí viene, ándale que ahí viene, se vale gritar. Aquí entra su esposo, se sienten acompañadas, ¿sí? En el hospital nada más entra ella, avisan que ya nació el bebé y así. P. Chiltoyac.*

También se muestran orgullosas cuando recuerdan los partos difíciles que supieron sacar adelante y la sorpresa y admiración que eso produjo en los profesionales médicos. El reconocimiento de la habilidad como partera por parte de la biomedicina refuerza su valía propia y cara a la comunidad.

*Ya me tocó uno [un parto de nalgas], y eso me tocó en un curso, el hospital , fui a ver si había partos, le pregunté al doctor, y estaba la mujer y nada, y nada, ya la programaban para cesárea, mandan a traer la camilla, yo le digo [ a la parturienta] viene de nalguitas pero yo te voy a ayudar, pues ándale, ahí estaba el culito, viene el dolor, ándale, échale ganas, y cuando estaba ya a punto, yo jalé para que no se quedara atoradita la cabeza. El doctor me dijo, dónde aprendiste eso, por qué, porque es necesario hacerlo, no hay necesidad de cesárea. P. Chiltoyac*

De la misma forma, reivindican que conocimientos que ellas ya tienen y que solo se consideran válidos cuando la biomedicina los asume y ratifica como tal. La satisfacción de un alumno aventajado que a veces adelanta al maestro.

*(...) todavía vienen a que las revise de los ovarios, y le digo, hace 3 o poquito más de tiempo salió en la televisión que con un pequeño masaje en el vientre que muchas mujeres se corrigen de sus reglas porque los ovarios deben de estar así ( se señala sobre el vientre el lugar teórico donde estarían los ovarios ) y si una trompita está para acá y si uno con el masaje pues la coloca en su lugar, y ya salió en la televisión, y !huy ¡ , apenas se dieron cuenta, un pequeño masaje en el vientre las mujeres se corrigen de la regla. I. Xalapa.*

#### 9.1.4. Posiciones particularistas: relación de las parteras empíricas con su contexto

Observé en las entrevistas de las parteras empíricas una gran conciencia del contexto en el que prestan o prestaron más bien, sus servicios. Como elementos inmersos y referentes dentro de la comunidad y con el discurso institucional de que la reducción del número de hijos mejora las condiciones de la familia bien aprendido; conmigo reflexionaron acerca de la necesidad de métodos anticonceptivos. Dicha percepción contrasta con su escasa reflexión, salvo escasas y poco consistentes excepciones, sobre su potencial como colectivo y para mejorar la situación de las mujeres o sobre la violencia obstétrica ejercida en el contexto veracruzano y nacional (Franco-Rosales, 2013, GIRE, 2017). Recrean un complejo entramado de elementos *etic* y *emic*, integrándolos. Por un lado, despliegan un conocimiento de la realidad desde una perspectiva emotiva, conocen elementos curativos *folk* (té de canela, baños postparto, sobadas, etcétera) pero también manejan el concepto de riesgo, de daño potencial por el que derivar a una gestante al otro nivel de atención. De la misma forma, el abandono a unos hijos muy probablemente no deseados está mal visto, al igual que tener *demasiados* hijos:

*Me acuerdo de una señora de ahí, también del Castillo [ pueblo cercano a Xalapa] y que viene y me dice, hola señora, es de noche, buenas noches, pase usted, vine a verla usted por un compromiso que traigo, traje una enferma a su casa, que quiero que la vea usted, la sra estaba tirada en la calle, y le digo pues qué tiene, porque no me habían dicho qué, dice, no, pues*

*dice que ya se va a componer de su bebé, les digo y para qué la tiran ahí, me hubieran hablado y la hubieran metido acá dentro, dicen, pues sí, pero no dijo nada, ni supimos. Ya este, que la metieron pá dentro, la puse el nylon, cuando vuelvo ya [ nació el bebé] ... también así nomás, le di de cenar, le dije, frijoles, y ella dijo, ah, no, yo frijoles no como, nomás arroz. Me dio coraje, yo la bañé y la cuidé... ¿Saben lo que hizo? Regaló a la niña [gesto de desaprobación] Pero con la autoridad, que yo no fui tonta, para que no digan que yo me la robé. Vino la autoridad. R. Chiltoyac*

*Yo lo que sabes qué les decía yo, que se operaran cuando tenían ya tres, que se pusieran un dispositivo (DIU), o tomaran pastillas, yo no los voy a tener, ni yo los voy a mantener, a poco no, yo no voy a tener un puño de chiquillos, uno está desvestido, uno come bien y el otro no....yo tuve 10. R. Chiltoyac*

9.1.5. Enfoque de riesgo entre las informantes. Cuando lo fisiológico se construye como potencialmente dañino.

La cuestión del riesgo aparece en las informantes de forma consustancial a la relación con el modelo biomédico, conscientes de cuándo deben derivar a una mujer si se prevén problemas para el parto. Sin embargo, no siempre la situación se acerca a lo ideal, ya sea por falta de medios o porque la gestante no desea ser atendida por médicos en el hospital. Es una constante en los relatos de las parteras empíricas entrevistadas el relato de partos difíciles, a modo de epopeya griega. Los partos complicados a veces aparecen de repente, rodeadas de misterios (un familiar las busca repentinamente, aparecen las mujeres cerca de sus casas...) pero las informantes los resuelven con una mezcla entre soltura y suerte / don divino. Esto refuerza su carisma y prestigio cara a la comunidad.

*Y esa muchacha ya de las dos niñas que le platico, le digo, no, llévatela, esta muchacha está muy anémica, pálida, hinchada. Y no quiso, y ella decía, “me voy a morir yo, no usted”, bueno, por el dinero o le tenía miedo al médico, quién sabe, le dije que la llevaba, su mamá, le dijo que vamos, hija, vamos, yo*

*te llevo, y ella, ay tía, me muero yo no usted, y no quiso ir. Ya al final ya la llevaron [al médico] A los tres días vino el muchacho a avisarme de que necesitaba sangre [ en México, como en otros lugares de Latinoamérica, con frecuencia son los familiares/amigos del paciente los que aportan la sangre que este pudiera necesitar], y yo le dije, hijo, de qué manera te doy, busca. Yo digo que estaba anémica, que estaba hinchada, yo digo que por eso ...[murió]P. Chiltoyac.*

Frente a consideraciones superficiales sobre la partería tradicional que creen que el uso de fármacos de patente está proscrito por cuestión ideológica, vemos que hay informantes que sí que las utilizan, así como métodos anticonceptivos, siempre bajo la batuta biomédica. Su visión acerca del embarazo y el parto queda exenta de toda la *aparatoología* biomédica: ecografías, analíticas seriadas, sofisticación, ámbito privado de atención-hospital, figura masculina de autoridad con bata (Esteban, 2010) pero también queda fuera cierto espiritismo y *empoderamiento* femenino más cercano al ecofeminismo y movimientos de Parto Humanizado y definitivamente a las parteras tituladas. De la misma forma que la biomedicina arrebató en gran medida a las mujeres las vivencias sobre su cuerpo y su proceso, al necesitar de la validación de un experto externo (García, 2018) las parteras tradicionales también precisan que alguien con mayor autoridad que ellas ratifique que efectivamente se está haciendo lo correcto, especialmente en situaciones de riesgo que confirman a su vez la necesidad de una estrecha vigilancia biomédica. El temor a que se les achaque una muerte materna o fetal no una complicación es constante entre las entrevistadas, habida cuenta de su autopercepción desde la carencia, desde el no-ser profesionales sanitarios titulados. De tener un margen estrecho para el error. La tendencia a la patologización del cuerpo femenino justifica el control biomédico del nacimiento, por ese riesgo latente que sobrevuela de forma constante sobre el cuerpo gestante (Montes, 2006) Riesgos que lógicamente se materializan más frecuentemente si se trata de poblaciones empobrecidas y malnutridas con un periodo intergenésico corto, muchos hijos y una importante sobrecarga física. Que es la población que más atienden las parteras tradicionales. La

percepción del riesgo entre las informantes no es como el que emanan los profesionales de salud con consideraciones cercana a que prácticamente cada gestante es una “bomba de relojería” que puede enfermar en cualquier momento y que, como dirá Montes (2007): *“no están basadas en razones prácticas o en juicios empíricos. Son nociones construidas culturalmente que enfatizan algunos aspectos del peligro e ignoran otros”* (Bestard, 1996:11 en Montes, 2007:47) Pero ciertamente tienen claros los preceptos biomédicos de cuándo deben derivar a otro nivel de atención (sangrado, retención de placenta, no progresión del parto, presentación anómala...) pese a que son conscientes de que estos preceptos se han modificado sustancialmente a lo largo del tiempo y la ampliación del sistema sanitario mexicano. Que hace décadas, cuando la mayoría de las informantes comenzaron a atender partos, se atendían partos de nalgas cuestión que actualmente se derivaría, por ejemplo.

*Sí, pero cuando veo uno que no puede [un bebé] porque su canal es estrecho, porque viene atravesado, por eso se da uno cuenta, pues sabe que, no la voy a poder atender aquí, vámonos para el hospital, y la llevaba al hospital. I, Xalapa*

*(...) sentados [de nalgas] se atiende en un rancho [pueblo] porque vienen con los piesecitos, enseñan las nalguitas, hay que cuidar que no se atore la nariz, la madre va pujando y lo va uno bordeando, maniobras que hace uno, y le digo a lo último se jalan [señala el abdomen] cuando vienen de nalguitas, se meten los dedos y conforme va pujando la mama se lleva el bebé al pecho de la madre...I, Xalapa.*

*Bueno mire, ahorita en el transcurso del embarazo pues no se notan tantas complicaciones, porque se soba, entre el bebé se acomoda, pero muchas veces al momento ya de las contracciones el bebé puede dar vueltas, y se sienta, y ya una vez que se sienta ya no se puede acomodar, bueno, se puede acomodar porque lo manteea uno, entonces, el bebé da otra vez vueltas, y ya una vez que, viendo la dilatación, que nada más a siete, a seis, ya no hay*

*nada, vete porque no te vas a aliviar, antes de que el bebé se quede sin líquido o empiece con sangrados, ahorita es tiempo de que llegues, y sí hay veces, me dicen, ¿no me acompaña usted? ; mira sí, pero no me dejan entrar.*  
P. Chiltoyac

No obstante, la percepción del parto como un evento consustancial a la vida, cotidiano, se deja entrever en algunos fragmentos de las entrevistas. Que el control y la vigilancia biomédica es necesaria pero que la vida se abre paso con o sin ella. En ocasiones se atendían ellas solas los partos o con la ayuda de los otros hijos o familiares del núcleo del hogar.

*(...) este, hacía yo el tacto, y a veces me ganaban, cuando iba yo, ya había nacido (el bebé).* R. Chiltoyac

*(...) me tocó atenderme dos, tres partos yo solita, porque no dio tiempo, había una partera, pero en San Juan, tengo dos que todavía nacieron solitas, sin partera. Una nació a las 3 de la mañana y ya eran las 10 de la mañana y estaba yo lavando mi ropa, no me dolía nada [ risas] me decía mi mamá, y yo ay má, no me duele nada (...) Mis partos fueron todos normales y bonitos.* R. Chiltoyac

*(...) solamente uno solito, solita, empecé como a las 5 am a sentir unos dolorcitos, pero de repente me dieron como tres fuertes, le digo a mi marido a ver si iba a buscar a alguien que me ayudara, pero ya no dio tiempo, y le digo no, yo ya me voy a aliviar, de veras nació, rapidísimo, fue el parto, ya me alivié el parto. Una hija que era la de las más grandes fue la que lo recibió, le digo mira recibe a la niña, límpiale la carita.* I. Xalapa

De la misma forma, también pude percibir cierto fatalismo, probablemente relacionado con la creencia cristiana, acerca de que, si alguna desgracia tenía que suceder, sucedería, por muchos cuidados biomédicos que mediaran.

*(...) gracias a Dios nunca se me murió una mujer en el parto, uno que otro niño, que cuando llegaba pues ya su bebé estaba muerto, pero bebés, pues... Irene.*

Las entrevistadas tampoco destacan grandes cuidados en torno a la alimentación y el embarazo, que contrasta de nuevo con los múltiples mandatos biomédicos (no comer carne y pescado crudo, alimentación equilibrada, alta ingesta de frutas y verduras, evitar leche no pasteurizada, evitar tóxicos...) No se proyecta sobre la embarazada la necesidad imperiosa de que se “cuide” de forma más o menos abstracta para evitar problemas en ella y en la criatura, de nuevo también bastante abstractos. Montes (2006) destaca en su etnografía la culpabilización hacia las gestantes por haber ignorado las recomendaciones biomédicas, en ocasiones cambiantes. Cuando aparece entre las informantes, es de forma menos prescriptiva que en el caso de los profesionales biomédicos:

*No comer mucha tortilla, no mucho pan [ dulces], verduras y fruta, que ahorita están haciendo a los niños gordísimos. P. Chiltoyac*

*Su vida normal, todo normal. I. Xalapa*

Vemos, por tanto, que, si bien la biomedicina ha modificado de forma importante sus prácticas y creencias, en una relación que se presupone de un sentido, del experto a la alumna, ellas parten de sus conocimientos propios y las informaciones y prescripciones recibidas son matizadas y modificadas. Adaptadas a su contexto y resignificadas.

*[en los cursos del seguro aprendimos] a poner una gasa en lugar de fajar el ombliguito del bebe, aunque hay mujeres que prefieren la fajita. L. Chiltoyac.*

Otro ejemplo que me sorprendió trata acerca de una lactancia prolongada. Según la OMS, la lactancia exclusiva está recomendada hasta los 6 meses, y combinada con la alimentación complementaria, hasta los dos años o hasta

que la madre y la criatura decidan. Sin embargo, otros conocimientos no van esa línea, sino que consideran que es una leche que no alimenta y que incluso puede ser perjudicial para la criatura. La biomedicina en este punto no ha conseguido permear las mentes hasta el punto de modificar dichas creencias:

*(...) llega una señora que la revisara, y trae una niña como de 4 años y se saca el pecho y le da el pecho, y le digo, señora, ¿ cuántos años tiene la criatura?, y me dice, 4, por qué, y le digo, y todavía le da usted leche, pues porque dicen que cuando tienen ya más de edad de 9 meses o un año ya no succionan leche sino sangre, y ella dice pues eso no es cierto y se saca el pecho y le veo una manchita de sangre, y leche, y ahí me dio vergüenza, sentí feo, porque según nuestros antepasados ya después de los 9 meses, ya se les da sangre , y sale la sangre, yo me desengañé ya les dan la sangre, no les dan leche, y al mismo tiempo quería yo esconderme no sé dónde , por haber provocado eso, la verdad, pero al mismo tiempo me di cuenta yo que sí es cierto... I. Xalapa*

9.1.6. Prácticas propias. En los resquicios de la biomedicina: acomodar a los bebés y baños postparto:

La cuestión de “acomodar al bebé” también aparecía repetidamente, era una de las prácticas básicas de la partera para conocer la posición del bebé y ayudarle a colocarse en cefálica si es preciso. También alivia las molestias propias del embarazo (Güémez, 2000) De nuevo, es una característica diferenciada respecto a la actuación de los profesionales de salud formales. Se inicia entre los 4 meses y los 6 y suponen una parte muy importante dentro de la actuación de la partera. Se hacía fundamentalmente durante el embarazo, aunque también se podía realizar durante el parto para favorecer su avance o mejorar la posición de la criatura. Varias informantes que actualmente no están en activo comentaron que acudían a ellas mujeres seguidas por un ginecólogo para que les acomoden el bebé. Era además considerado como un cuidado extra y un territorio propio y desconocido por los médicos. No había en este punto interferencia de la biomedicina, aunque en el texto de Freyermouth

(2018) y en el relato de unas de las informantes en ocasiones los biomédicos desaconsejaban a las gestantes que se sometieran es dichas prácticas.

*“los médicos solo hace miden y pesan, pero no acomodan al bebe, mi mamá mide, pesa y además sabe acomodarlos y escucharles el corazoncito con un estetoscopio”* Hijo de I, Xalapa.

*Sí, pues si se puede acomodarlo el bebe pues se acomoda, ya de 7- 8 meses ya no hay agua, no hay líquido, chiquitos sí que hay mucho líquido, pero si no ya les decía de por sí, vayan a apuntarse, junten dinero porque va a necesitar cesárea y ya les iba mandando al Hospital Civil. I. Xalapa.*

Es un elemento que las parteras tituladas han tomado de las parteras tradicionales. Solo una informante mencionó el manteo, que no es exactamente lo mismo, pero que es una actividad que se realiza con rebozo y se considera “tradicionalmente mexicana”. En Europa es muy popular en el ámbito del parto New Age. Otro elemento muy popular que aparece en mis entrevistas son los baños postparto. Todas las informantes explicaban baños de vapor en el postparto, de frecuencia variable. Vinculado probablemente con la necesidad de calor (no solo físico, sino a través de elementos simbólicos como comidas y cuidados específicos) del parto y postparto en su cosmovisión, estos baños se realizan o bien en la casa de recién parida o de la partera. Se utilizaban diferentes yerbas, todas ellas consideradas cálidas (ruda, saúco, naranjo agrio, Santa María...) y se procede de la siguiente forma:

*(...) se pone a hervir agua en una tina grande, grande para que se metan, se desvistan se sienten, sin tocar el agua, que está hirviendo y se tapan con una cobija, se mueve el agua, es puro vapor, sudan y sudan hasta sacar esa frialdad que se, cómo dijera yo, que a la hora de que está uno en la hora del parto, suda uno, con las yerbas calientitas, se enrollan en una sábana y se acuestan y se les hace un tecito y con eso se aprieta [hace el gesto de apretar, especialmente en la zona de las caderas] En el parto uno siente que se hace grande [la cadera], uno amanece adolorido, es una manta con un palito y así*

*aprieta, hasta que ella dice, ahí siento bonito, y les pongo un parche, y con eso...* P. Chiltoyac.

También como baños temazcales, que implica una estructura de madera, es un elemento que aparece con frecuencia durante mi tiempo viviendo en Xalapa. No solo en el postparto, sino también para hombres y mujeres como forma de combatir el estrés y la tensión del día a día. De nuevo también son conocidas en Europa después del parto, aunque habitualmente sin la estructura que la acompaña, solo a modo de baño caliente.

## 9.2. “En las células está todo el conocimiento”. Resultados parteras tituladas

### 9.2.1. Un magma de acepciones para nombrar un magma de realidades:

Hay mucha bibliografía, antropológica y no, sobre la partería tradicional en diferentes lugares de México y de toda Latinoamérica (Castañeda, 1992; Cominsky 1992, Freyermouth y Montes, 2000; Mosquera 2006, UNFPA, 2011 y otros) En el mosaico de la atención al parto en Xalapa y alrededores, además de las parteras tradicionales, encontramos a las parteras tituladas. Cabe destacar, además, que los límites entre unas y otras son ampliamente difusos. Esto dificulta enormemente cualquier tipo de análisis, pero por cuestiones lógicas abordo ambos perfiles de forma diferenciada, porque de hecho en campo así me los encontré, pero sin perder de vista el contexto más amplio y el magma en el que ambas se encuentran y el hecho de que hay autores como Laako que proponen que se las denomine “parteras híbridas” (Laako, 2016) Las parteras tituladas entrevistadas tenían carreras universitarias, no siempre relacionadas con la salud. No se definían como indígenas. Se iniciaron en el mundo de la partería a través de sus propios partos o de vínculos varios con el ambiente del parto que podríamos llamar New Age, relacionados con el Parto Humanizado, o parto natural (Odent,2011) en contraposición con el parto tecnocrático (Davis-Floyd, 2001). Fue su propio parto y la búsqueda de conocimiento al respecto el que despertó su vínculo

con la partería. Es frecuente que previamente ya existan relaciones con el *slow life*, la ecología, la autogestión de la salud y la crítica a la biomedicina.

*Ahh, pues comenzó con mi primer embarazo, ella tiene diez años, hace como 11 años, me empecé a informar, mi esposo y yo siempre pensamos en un parto natural, nos llamaba la atención el parto en agua y desde ahí, pues me “eché un clavado” al mundo de la partería, del parto natural, del parto respetado, del proceso natural. M.*

*No tengo familia de parteras, ni hay tradiciones en mi familia. (...) Sí, un evento en mi vida que me hizo iniciarme en la profesión es, yo creo, que mi propio nacimiento, que creo ha de haber sido muy duro, es...lo padecí por una gran cantidad de anestesia que aplicaron a mi madre, un bloqueo, que en esa época las ponía un poco como drogadas, como, sí, borrachitas. También, mis partos, tuve tres hijos por parto psicoprofiláctico, con muy buena experiencia de que mi cuerpo pudo hacerlo sin ayuda de la anestesia. L.*

9.2.2. El parto humanizado como forma de redención, de *empoderamiento* femenino universal:

Las informantes toman los presupuestos del Parto Humanizado que de por sí combina los preceptos biomédicos que emanan de la OMS con praxis y postulados de la “medicina tradicional” (Felitti, 2011) Se acentúa la parte simbólica, emocional del parto, el *empoderamiento* que supone para la mujer, de vivencia única y sexual. La conducción médica del parto (uso de oxitocina, de anestesia epidural, rotura artificial de la bolsa, *pujos* dirigidos, entre otras) se construirán como perturbadoras no solo a nivel físico, sino también emocional tanto para la madre como para la criatura. Un alejamiento en absoluto inocuo de la verdadera *naturaleza* del parto.

*Entonces, claro, la epidural tiene sus ventajas entre comillas porque mira, esto es desde la parte biológica, hay otra parte, qué tanto vale la pena vivir anestesiado, es tan corta la vida y el parir es un evento tan intenso, tan*

*mágico, tan lleno de luz que de veras hay luz, de veras hay conexión con una energía tan inmensa... ¿vale la pena vivir eso anestesiada? Entonces ya no lo vives, ya te pierdes de toda esa magia, desde un punto de vista más espiritual, no practico ninguna religión, pero soy respetuosa de todas ellas. M*

La mujer es tomada desde una vertiente animal pero también emocional, humana, más allá del despiece en órganos de la biomedicina clásica (Bellón, 2015) Si puede gestar, como animal, también puede parir sin necesidad de artificios técnicos. Se detalla toda una *cascada de intervenciones* que parte de una decisión aparentemente menor como decidir aliviar el dolor del parto con epidural, con consecuencias negativas para la futura salud del bebé que también podemos encontrar en otros textos relacionados con el parto sin peridural (Olza, 2005, 2018; Montes 2007)

*(...) nos formamos como parteras ponemos énfasis en la fisiología, ehh, y no, y queremos conservar porque estamos convencidas de que el parto en una mujer saludable es factible con la propia fuerza de la mujer y del bebé, su propia sabiduría, de ambos. La mayor diferencia entre un médico y una partera mmmm, bueno, el médico yo creo que siempre va a estar viendo, hablo en forma general, no todos, hay algunas excepciones pero en general, va estar viendo el riesgo, la patología, tratando de prevenirla... mi trabajo es confiar en que, como dije antes, la parturienta, así como pudo gestar un bebé y el bebé pudo crecer en ella, puede realizar el acto final que es el parto y el nacimiento. L.*

*La epidural es una sustancia que logra pasar las vellosidades coriónicas de la placenta entonces de la sangre de la madre, atraviesa la placenta y se va a la sangre del bebe, entonces ese bebecito va a nacer también anestesiado generalmente, la epidural va a provocar que el bebé no tenga fuerza muscular, que no esté al cien, que no esté despierto, que no esté alerta como lo hacen todos los bebes que nacen en un parto natural y entonces qué pasa? Yo distingo entre parto natural y parto vaginal , lleno de medicamentos y de epidurales, donde te rasuran y te ponen en litotomía, no, no, no, parto natural,*

*no hay drogas ni medicamentos, la mama escoge , no hay episiotomía, el bebé nace alerta y puede mamar inmediatamente, además de que el bebé se beneficia mamando los primeros minutos de su vida, le ayuda a su madre a que nazca la placenta , pero con la epidural el bebé nace con poca tonalidad muscular y que no puede mamar porque el bebe está aturdido, generalmente los bebés desisten de mamar y se piensan que el bebé no quiso o que la mama no pudo y entonces lo apartan de su madre, le baja la glucosa, son bebés que van a tener problemas de salud y la mama podría tener problemas para el nacimiento de la placenta porque esa succión ayuda a que las mamás tengan contracciones uterinas y que ayuden a que haya un desprendimiento natural de la placenta y así se evita la hemorragia, ¿ sí ves? M.*

Tienen una importante vertiente activista, de mostrar su realidad y de atraer adeptos. En Xalapa existe un grupo de Facebook llamado “Con parteras y entre parteras” que organizaban varios eventos tipo charla coloquio para difundir las bondades del parto en casa acompañado por una matrona a los que acudí. Me parece relevante destacar que el público era mayoritariamente blanco y de clase media/alta y muchos niños, familias, así como mujeres embarazadas con sus parejas. También me parece pertinente señalar la existencia de una especie de márketing relacionado con la maternidad, con mesas donde se podían comprar pañales desechables, ropa para bebés y aceites esenciales. En estas reuniones habitualmente había varios ponentes que hablaban sobre diferentes temas relacionados con la “medicina tradicional” vinculada frecuentemente con la riquísima variedad botánica mexicana, la salud de la mujer y los partos en casa. Se trataba de mostrar la opción de parto hospitalario a un público especialmente sensibilizado, más allá de otras mujeres/parejas de otro estrato social que han visto el parto en casa en sus familias y para las que está vinculado a la pobreza y a la dificultad de acceso, económica y orográfica en muchos casos, a un hospital. De esta forma, se da la paradoja, como dirá una informante, de que las mujeres pobres del pueblo donde vive la partera titulada entrevistada (Monte Blanco, a unos 20 km de Xalapa) desean ser atendidas en un hospital pese a que existe el fantasma de las cesáreas *innecesarias* (Olza, 2008) mientras que otras mujeres, muchas de

ellas extranjeras o de estudios superiores escogen activamente un parto en casa, rodeado de cierta aura de prestigio y estatus. El auditorio de la charla (20 de mayo, Coatepec) es un público sorprendido al oír hablar del parto en casa.

*(...) lo curioso es que mis servicios son requeridos por mujeres de clase media y profesionistas, más que la gente del pueblo, porque hay una idea que se ha generado en la clase baja: que vayan a parir con parteras las pobres, yo voy a ir al hospital, por qué, pues porque así era, antes solamente la gente rica con recursos podía darse la posibilidad de parir en un hospital, entonces casi no atiando partos del pueblo y el alrededor... M.*

Hay importantes vínculos con los movimientos antivacunas, la homeopatía y el uso de la herbolaria. Los postulados acerca de un parto de baja intervención y los daños derivados de la yatrogenia hospitalaria son semejantes a los que se pueden ver en España (EPEN, Fernández Guillén, 2003) con la diferencia de que las “costumbres prehispánicas” y las apelaciones a la “sabiduría ancestral” son más frecuentes por las propias características de México como país colonial, o decolonial actualmente. Dicha “sabiduría ancestral” no se concreta en ningún momento, pero se entiende que era muy rica y que la colonia lo destruyó, que hay que volver hacia ese momento, pero con los medios con los que se cuentan actualmente. Hay continuas alusiones a que “antiguamente” los alimentos eran mejores, el aire más puro...etcétera. Se desarrollan unas claras dicotomías entre lo natural/artificial, mente /cuerpo (Lázaro, 2017, Thornsquist, 2002) siempre en beneficio de aquello considerado menos *contaminado* por los procesos humanos.

*(...) México ha sabido conservar su historia ancestral de parteras, frente a una Europa donde es muy difícil o casi imposible ser atendido por una. En ese sentido México está muy evolucionado.* Asistente a una de las charlas, nacida en Francia.

*El médico no tiene la paciencia de los parteros [en masculino, sorprendentemente] antiguos. Médico partero cirujano afín al Parto Humanizado*

*“Los niños nacen solos, no se necesita un médico. Durante miles de años nacimos solos, como el resto de los animales “Médico partero cirujano afín al Parto Humanizado*

9.2.3. Cuestionando la biomedicina, pero aceptándola como amigo ocasional:

Tanto en las entrevistas como en las observaciones se da un continuo cuestionamiento acerca de la biomedicina y sus postulados. Sobre los diagnósticos que llevan a indicar una cesárea, sobre la recomendación de administrar la gamma anti-D en las gestantes con grupo RH negativo, sobre el diagnóstico de placenta previa...etcétera. Todo ello será contestado desde la presunción de la biomedicina como entidad androcéntrica y que fagocita, subsume o rechaza otras formas de conocimiento y de entender los procesos de salud /enfermedad (Menéndez, 1992) Se comenta en varios momentos de las entrevistas/observaciones las opciones de las mujeres a la hora de escoger entre lo que ofrece la biomedicina y la “medicina tradicional” puede ofrecer. También se hace hincapié en la importancia de vincular ambos mundos, sin desechar del todo las opciones que el “avance científico” produce. Sistemáticamente, se habla de mujeres que pueden escoger libremente entre una u otra forma de atención. De una relación fluida entre ambas cosmovisiones que no obstante es más obvia en el caso de las parteras tradicionales.

*No todas, pero la mayoría sí, la mayoría sí, sí va, no con las vacunas, la mayoría que quiere parto en casa no quiere vacunas, pero sí les gusta ir como con el médico para estar seguras de que todo está bien, y pues está, bien. Hay mujeres...por ejemplo si tienen una infección vaginal ellas pueden optar por ejemplo si quieren el óvulo, la pomada antimicótica o vienen conmigo y se*

*hacen sus lavaditos de caléndula en rama y manzanilla, ellas deciden, generalmente, sí tienen esas dos opciones. M.*

*“El parto natural [no aclara si habla del vaginal o del vinculado a las definiciones de parto humanizado] es lo ideal, como la naturaleza lo decidió. A veces llega un momento en el que la naturaleza se bloquea, y es ahí donde el medico debe intervenir. Médico partero afín al Parto Humanizado.*

Asimismo, también son frecuentes las relaciones entre el parto y la “naturaleza” de la mujer. El parto natural se aborda desde una vertiente espiritual, mística, pero no católica. De autoconocimiento y llegada a lugares de una misma a los que difícilmente se puede llegar de otra forma. De vivencia plena y absoluta para lo cual es ilógico y aberrante estar anestesiado y/o en manos de la biomedicina. Es un intento por contraprogramar el imaginario colectivo biomédico que considera que el parto está lleno de peligros tanto para la madre como para la criatura y que necesita de ayuda técnica para dicho proceso (Montes, 2007). El parto debe estar externalizado en manos de expertos, enajenando a la mujer frente a su cuerpo y a sus vivencias, que no serán válidas hasta que estén ratificadas por profesionales de la salud. Además, la biomedicina solo muestra datos mensurables, siempre relaciona sus resultados con variables de morbimortalidad. El Parto Humanizado se centra en la satisfacción materna, en las vivencias psicológicas y espirituales de las mujeres. Va más allá de variables que se presuponen como aseguradas, como la morbimortalidad maternofetal, aunque en el contexto mexicano no lo estén en absoluto, y se centra en el gozo, el disfrute, y el parto como evento único y sexual dentro de la vida de la mujer (Olza, 2018; Rodrigáñez, 2000)

*Venimos a este mundo a amar, a gozar, no a sufrir (...) [ en un parto natural se da un proceso de] interiorización, llegada a otro mundo, desconexión, la mujer tiene que encontrarse con su bebé, tomarlo de la mano y traerlo a este mundo. un lugar donde no hay nada, no hay colores, solo un amor infinito. M.*

*(...) desde que nos formamos como parteras ponemos énfasis en la fisiología, ehh, y no, y queremos conservar porque estamos convencidas de que el parto en una mujer saludable es factible con la propia fuerza de la mujer y del bebé, su propia sabiduría, de ambos. L.*

*El dolor [ del parto] se hace chiquito frente al acercamiento a nuestro propio ser” M.*

*Las mujeres en las células tenemos todo el conocimiento. M.*

Se toman postulados relacionados con el ecofeminismo, especialmente en su vertiente más esencialista, aunque sin hacerlo explícito (Shiva y Mies, 2012). La mujer, tomada como categoría única sin matices ni intersecciones, aparece como la depositaria de una sabiduría milenaria en cuanto al embarazo, el parto y la crianza. Se afianza la idea que vincula a la mujer con su naturaleza, con la emoción, con el instinto y con la animalidad. No obstante, la palabra feminismo no aparece prácticamente en ningún momento y con frecuencia se intenta desviar la atención.

*(...) entonces creo , sí estoy de acuerdo contigo en que tiene que ver con un movimiento feminista ehhh...pero en mi caso es más como querer darle a la oportunidad a la mujer de que sea ella quien guíe su propio proceso, más allá de pensar de si el médico o si el machismo o el patriarcado, como que, porque yo he visto mujeres que dan a luz pero el marido es el que decide todo , ahí no entra su posición feminista ni hay matriarcado en su casa, definitivamente hay un machismo divino. M.*

[preguntada por el vínculo entre el feminismo y la atención al Parto Humanizado] *Sí, pero depende de qué rama, si es la rama muy radical no, pero sí soy feminista porque atiendo a puras mujeres básicamente. L.*

Cuando hablamos de la violencia obstétrica en el contexto mexicano, es un concepto utilizado, pero no aparecen alusiones al androcentrismo en la

medicina alópata, ni al sistema que subyace en la realización y en la elección de cesáreas por parte de las propias mujeres. Hay sorpresa ante las mujeres, ya sean usuarias o profesionales de salud regladas, que perpetúan y legitiman dichas prácticas. Por el hecho de ser mujeres, parece que deberían tener una conciencia de la que carecen o que ignoran. Esa relación con la naturaleza que se mencionaba.

*Buena pregunta, tal vez la desconexión con la naturaleza, [ sobre todo en un país con tanta tradición en la partería ¿no? Interrumpo] sí, es sorprendente, es algo que a mí también me sorprende y es algo que no alcanzo a entender por qué la violencia obstétrica se da también entre mujeres, tu podrías pensar que se da un enfermero o un obstetra hombre, no, también la mujer que ya es madre... M.*

#### 9.2.4. Prácticas comunes con las parteras tradicionales: sobadas y baños temazcales.

Las parteras tituladas entrevistadas reivindican otras formas de conocimiento, como la catalogada “medicina tradicional”, con un lógico componente indígena en el caso de México. Diferentes prácticas construidas como prehispánicas son utilizadas, tomadas de la partería “tradicional” como los baños postparto y los conceptos que rodean el embarazo, parto y postparto sobre el frío y el calor. Se toma en consideración que si es válido para un determinado grupo lo será para todas las mujeres. Que su eficacia va más allá de lo simbólico.

*Sí, de hecho los baños postparto que hago son tipo temazcal, primero es una unción con lociones después hago una sobada mexicana, no es un masaje [ para distinguirlo del concepto occidental y reivindicarlo como una práctica propia] , es una sobada tradicional este, con aceites medicinales para preparar y calentar el cuerpo y después meto a la mujer a la tina con yerbas de baño postparto y lo que hago es poner una campana de un plástico, de un nylon para que sea forma tipo temazcal y entonces ahí está todo el calor, ahí la baño y después la saco y la enrolla bien bien con sábanas y cobijas y ahí se queda*

*la mujer sudando un par de horas, le doy también su tecito postparto, duerme, casi siempre duermen una o dos horas, y ya las cambio, debajo de las cobijas, se quedan en casa descansando y al día siguiente se quedan en casa descansando, pueden salir de la cama pero tienen que estar en casa sin corrientes de aire, sin abrir el refrigerador sin tomar cosas frías , toda esta cultura del frío y el calor que tenemos aquí en México. M. (partera titulada)*

En cuanto al vínculo con las parteras tradicionales, las entrevistadas comentan que tienen mucho que ofrecer, las ensalzan, y hablan de la importancia, de nuevo, de encontrar un equilibrio entre los conocimientos empíricos y los científicos:

*Pues, hay de todos tipos, pero las parteras con las que yo aprendí y a las que conocí hace como 25 años, me parece que son personas muy valientes y muy congruentes además de mantener su compromiso de atención a las mujeres y de servir de guía a las familias de esas mujeres. L. (partera titulada)*

*(...) es importante tener la visión de la ginecoobstetricia, yo como partera trato de tomar lo mejor de la partería contemporánea y la partería tradicional, juntarlas , porque si te quedas nada más con una de las dos partes te puedes perder y como cada mujer es un universo entero, necesitas tener una visión muy amplia, me han tocado de todas las religiones , de todo tipo de filosofías, de modos de pensar, entonces, son atenciones diferentes las que uno da, pero también creo que en esas capacitaciones hay muchos limitantes, ¿no? Esto que te dicen de que no la atiendas si tiene más de 35 años, o si tiene menos de 18 si mide menos de 1.50, si ya pasó de la semana 40 de gestación, son tantas limitantes que, al final, pues no vas a atender a nadie, ¿no? Entonces, pues sí, sí creo que limita y creo que, pues que también siempre está la figura del médico, del que sabe, del que tiene toda la verdad, y entonces todo el conocimiento ancestral, milenario ¿dónde queda? Se hace como chiquito. M. (partera titulada)*

Se dan por hecho, en este punto, varias cuestiones. La primera, que es tarea fácil manejarse entre ambas cosmovisiones y que, a través de ellas, de las parteras tituladas, el MMH estaría dispuesto a asumir en pie de igualdad otras formas de entender los procesos de salud/enfermedad. Por otro lado, se asume que las mujeres pueden elegir libremente entre una u otra forma de atención o incluso combinarlos a su antojo. Por último, se construye una sabiduría propia sin interacciones con la biomedicina, que ha seguido su camino de forma totalmente independiente a la primera.

### 9.3. Reflexiones finales

#### 9.3.1. Vínculos con el ecofeminismo

Las parteras tradicionales se construyen con frecuencia como las depositarias de un conocimiento ancestral, en un giro al clásico postulado que considera a las mujeres el último reducto, o las representantes de la “cultura” de un lugar. Desde posiciones cercanas al ecofeminismo esencialista (Shiva y Mies, 2014) las mujeres, especialmente las del denominado perversamente *tercer mundo* son consideradas las defensoras de la naturaleza y de la crianza por su cercanía a la naturaleza y el cuidado. Una suerte de guardianas amorosas de la Madre Naturaleza de la que forman parte:

*“Su interacción [ de las mujeres] con la naturaleza, con su propia naturaleza, así como con el medio externo fue un proceso recíproco. Entienden que sus cuerpos y la naturaleza son productivos de la misma manera. (Shiva, 1995: 43 en Mellor 2000: 89).*

Gran parte de los postulados del Parto Humanizado emanan del ecofeminismo, aconsejando una “vuelta a la animalidad”, al reencuentro de la mujer como mamífera, dejando en suspenso su parte racional para que el proceso del parto fluya y también para desarrollar una crianza constructiva y crítica frente al patriarcado (Blázquez, 2009; Fernández el Castillo, 1996; Odent, 2007)

*“ (...) muchas madres se sienten conectadas con la madre naturaleza, parte de la vida en la tierra en un sentido profundo y esa conexión puede permanecer: algunas expresan reconocerse en la madre tierra, y en lo sucesivo sentir dolor al ver cómo esta se daña irremediabilmente (Olza, 2018: 123)*

Dentro de las críticas epistemológicas y ontológicas a la construcción de la mujer por parte de la biomedicina, las “medicinas tradicionales” son fundamentales (Lázzaro, 2017). Suponen revertir el control también colonial del conocimiento por parte de la biomedicina y empoderar a los individuos al aumentar su capacidad a la hora de autogestionar su salud. De esta forma se recuperan saberes *ancestrales*, que mágicamente se han conservado intactos desde un pasado lejano no concretado, pero sí mistificado y mitificado. Se ignora la perspectiva relacional que describe Menéndez (1993) entre los diferentes modelos de atención, entre elementos biomédicos y saberes subalternos. Concretamente en el contexto mexicano, se ignoran u obvian las tasas de violencia sexual, violencia obstétrica ( que emana fundamentalmente de las instituciones biomédicas) y de mortalidad materna, así como los embarazos no deseados y la dificultad para acceder al aborto incluso en supuestos contemplados legalmente (GIRE, 2018) Por último, pasa desapercibida la posibilidad de que el Parto Humanizado, lejos de reivindicar una vuelta a una atención a los procesos reproductivos “natural” supone también un constructo sociohistórico en su forma de conceptualizar a las mujeres, sus cuerpos , las criaturas y al proceso de crianza (Lázzaro, 2017)

Finalmente, retomando las ideas iniciales acerca de las dificultades de construir categorías que aplicar en campo, mi primera intención, y la más obvia fue considerar que las parteras empíricas basculan entre la modernidad y la tradición, pero ¿es moderna una institución como la biomedicina que hunde sus raíces en la Ilustración? De la misma forma, si rechazamos hablar de “tradición” en términos de esencia, de pureza, ¿hasta qué punto la frase es pertinente?

### 9.3.2. Construcciones alrededor de las parteras tradicionales y visiones esencialistas

Como ya se ha mencionado, se dan posiciones esencialistas que establecen una línea entre un pasado prehispánico idealizado y las actuales parteras tradicionales. Estas, conscientes de su poder y capacidades, teóricamente se unen en *sororidad* para ayudar a las mujeres y para que recuperen un conocimiento que está en ellas pero que se ha perdido. De esta forma, el pasado se reconstruye como una suerte de estado salvaje de Rousseau, en el que no mediaba la *cultura* y en que las mujeres vivían *libres* su embarazo y parto. Sin embargo, las parteras empíricas entrevistadas en las que las parteras tituladas corporeizan esta *sabiduría ancestral* tenían intensas relaciones con la biomedicina. Si bien gozaban de una autonomía y capacidad de autogestión importante, la huella ideológica de la biomedicina era fácil de ver. Desde la necesidad de ratificación de sus actividades por parte de los estamentos médicos, su dependencia a la hora de realizar ciertos trámites burocráticos hasta las reuniones bimensuales. De fondo, postulados semejantes a los que ya refleja Mosquera (2006): que las parteras empíricas vehiculan en poblaciones desfavorecidas una serie de prioridades institucionales con perspectiva biomédica. Garantizar la anticoncepción es una de las obsesiones del gobierno mexicano convencido de que así disminuirán las tasas de embarazos no deseados, especialmente en población adolescentes, grupo etario donde México ocupa los lugares más altos de los países de la OCDE (GIRE, 2018) Las parteras empíricas entrevistadas son formadas continuamente para proveer de anticonceptivos a la población, y ellas también están convencidas de que el control de natalidad es una buena medida para atenuar la miseria (Freyermouth, 2018) Además, utilizan o utilizaban fármacos de patente para tratar o prevenir patologías frecuentes como el sangrado postparto. Desde la biomedicina se les permitirá o no utilizarlo, según cada partera y momento sociohistórico. Un momento clave, tanto por su poder simbólico como por el interés institucional que despertaron las parteras, serán los cursos de capacitación. No solo en México, sino que en otros países como Guatemala se llevarán a cabo procesos semejantes. Tras

los cursos de capacitación muchas de sus prácticas fueron modificadas. En esta línea, López García (2008) habla de la pérdida de poder comunitario de las parteras tradicionales en Guatemala tras los cursos de capacitación, de comunidades *huérfanas*. El poder carismático y no solo técnico se desdibuja en una compleja articulación entre inspiración divina y conocimiento biomédico que difícilmente no favorecerá a la segunda en detrimento de la primera.

*Hoy parece que aquello se ha olvidado y parece querer imponerse un modelo de comadrona cuyos conocimientos y ámbito de actuación no diferirían mucho, por ejemplo, del que tendrían comadronas de países occidentales: cuestiones rutinarias, fáciles y técnicas que dibujarían el fin de la creatividad y del carisma. (López García en Fernández Juárez, 2008)*

### 9.3.3. Las parteras tradicionales como agentes puentes:

Sorprende no obstante lo fluido de la movilidad entre ambas cosmovisiones, el tránsito exitoso entre dos mundos, el más apegado a su realidad social y material y el biomédico. Disponen de un amplio repertorio tanto para tratar enfermedades construidas desde la biomedicina (prevención del tétanos a través de la vacunación a las mujeres grávidas, por ejemplo) como para padecimientos propios (sobadas, baños postparto, uso de yerbas medicinales) Son una suerte de puente entre ambas perspectivas, las instituciones biomédicas son conscientes de ello y las construyen como secuaces, desde una subalternidad necesaria y útil. Como vemos, el poder biomédico ha modificado sustancialmente sus praxis y teorías y resulta peligroso, y falaz en gran medida, establecer paralelismos o líneas claras. Hay que reconsiderar las visiones que acercan a las parteras empíricas con visiones universalistas, con construcciones ideológicas estructuradas acerca del parto como evento capital en la vida de las mujeres que tiene que ser vivido plenamente, desde el alejamiento con la biomedicina. Las informantes entrevistadas no se autoperciben como herederas de una sabiduría milenaria que acerca a las mujeres a la naturaleza, sino como barqueras en las siempre turbulentas de la laguna Estigia, encargadas de velar por las mujeres y por sus criaturas en un

contexto complejo con tiras y aflojas constantes con las instituciones. El parto no es considerado un acontecimiento único sino inserto en la realidad social. Pasar por el dolor del parto no *empodera*, sino que es tan cotidiano como preparar tortillas. Por último, no debemos pasar por alto la cuestión de género, las mujeres pobres, población principal atendida por las parteras empíricas son un bocado disputado por varios frentes: las instituciones que buscan controlar su capacidad reproductiva y las construyen más como útero a controlar y a censurar que como individuos son uno de los principales.

Este proceso de navegar entre ambas cosmovisiones también aparece en las mujeres y los familiares de las parteras. Los esfuerzos institucionales que invitan a las mujeres a atenderse el embarazo y parto con un biomédico surten efecto, pero con limitaciones, de forma parcial. Muchas mujeres acuden a la partera de su comunidad para que esta les acomode el bebé, o ante la indicación de una cesárea del médico del hospital, buscan una segunda opinión. Ideológicamente, se ha extendido la idea de que dar a luz en casa con una partera es “de pobres” y arriesgado, pero el modelo de la partería se resiste a morir por el anclaje en la comunidad. En otros lugares, como sucede especialmente en Chiapas, la mayoría de las mujeres también hoy día son atendidas en el parto por parteras tradicionales por la falta de atención biomédica de calidad y culturalmente aceptada (Vega Maciedo, 2015)

#### 9.3.4. Parteras tituladas:

Las parteras tituladas entrevistadas comparten identidades y postulados relacionados con el Parto Humanizado que podemos ver tanto en México como en España o en cualquier otro lugar: críticas a la biomedicina y su control sobre el cuerpo de las mujeres, el etnocentrismo, su capacidad para rechazar otras formas de conocimiento y de concebir el cuerpo, la salud y la enfermedad y la iatrogenia que genera en ocasiones ( Bellón, 2017; Odent, 2007 ) Las mexicanas tienen la peculiaridad de que esos conocimientos ancestrales son palpables en las caras aindiadas de gran parte de la población. Son las terceras invitadas en la atención al parto en México. Aparecen como respuesta

a la crisis de los años 60 y 70 de la biomedicina (Menéndez, 1996) y al feminismo de la diferencia (Irigay, [1984] 2010; Lonzi [1972] 2018) junto con autores como Odent (1996, 2011) y que hablarán del parto como un evento único y sexual dentro de la vida de la mujer que no puede ni debe ser controlado médicamente porque altera el vínculo madre-criatura. Existe una frágil fisiología que se perturba ante las actuaciones médicas, con trágicas consecuencias. Las parteras tituladas consideran que los conocimientos empíricos son válidos como también lo son los biomédicos. Resulta curioso que la medicina alópata es considerada desde esta visión como verdugo y como redentor. Las recomendaciones de la OMS (1985) que justifican las reclamaciones en cuanto a una disminución en las tasas de cesáreas, de inducciones, de control fetal del parto, uso de epidural, acompañamiento, oxitocina y amniorrexis (rotura de la bolsa amniótica) son válidas. En este caso la biomedicina no es androcéntrica ni busca someter el cuerpo de la mujer. El positivismo y el cientificismo se torna dogma, verdad y justifica la “vuelta a la naturaleza” que se traduce en un uso menor de la tecnificación (Thornsquist, 2002) El Parto Humanizado no se presenta como rupturista, sino como una continuación tras el parón de la introducción de la obstetricia y especialmente del parto hospitalario y la epidural. (Felitti, 2003)

Por otra parte, la cuestión del control del dolor será central para las parteras profesionales entrevistadas. Considerado castigo bíblico (Parirás con dolor) la introducción del éter en el alivio del dolor del parto en Europa (Rich, 1996) será criticado por la curia sacerdotal. Posteriormente, el sueño crepuscular que se popularizó entre los años 20 y 70 en EE. UU. será defendido por los sufragistas (Felitti, 2003) Actualmente, el paradigma del Parto Humanizado rechaza el uso de la peridural por la cascada de intervenciones y por la pasividad que supone para la mujer durante el parto (Olza, 2018) Asimismo, las informantes consideran que el parto no es una enfermedad, que es un evento fisiológico, *natural*, pero en ningún caso anodino. Está revestido de espiritualidad y misticismo. Se trata de revertir los años de control biomédico que ha enterrado y socavado un conocimiento atávico, animal presente en todas las mujeres por el hecho de serlo.

*La epidural considero que solo sería necesaria si la mujer la pide porque no llega a soportar el dolor para ayudarla a llegar, a parir sin cesárea. L*

*Como si la universidad...se le llama profesional cuando tienes una cédula, sino no tienes una cédula, oficialmente yo no soy una partera profesional, pero en mis haceres yo me considero profesional por las cosas que hago, por los ciertos protocolos que sigo o los no protocolos que no sigo... depende no. Desde luego que mis colegas que tienen 40 o 50 años atendiendo partos son superprofesionales, saben muchísimo, como decía esta señora [ una del público del documental] la naturaleza y Dios nos dio el conocimiento, cómo lo vas a comparar con una carrera que dura 10 años, con un conocimiento de 300 años de la obstetricia moderna... M.*

El parto que es a la vez natural y místico, *empoderador*, pero cualquier mujer puede hacerlo porque está en *su* naturaleza. Para despertar este instinto, además, es necesario desconectar la razón, la parte consciente del parto y conectar con la mamífera que habita en nosotras. Pero en ocasiones para soportar un parto sin anestesia se ponen en juego todos los elementos cognitivos que previamente ha adquirido la mujer. Lázare Boix (2016) mostrará la paradoja:

*“Se advierten en este punto tres dicotomías: por un lado, la del control de la mente / control de los instintos (la parte más “natural”) y, por el otro, la oposición entre cuerpo / mente y entre inconsciente / consciente, siendo el instinto el que guía al cuerpo y no la mente, la razón o la teoría (la ciencia), pese a que en ocasiones se invierta el proceso como en el caso de la racionalización del dolor” ( Lázare Boix, 2016: 27)*

Las informantes tituladas se construyen desde la diferencia hacia las empíricas, pero valoran sus enseñanzas y capacidades. Las consideran representantes de conocimientos empíricos, aunque con conscientes de que llevan a cabo cursos de capacitación con perspectiva biomédica:

*Ajá, sí, pues mira, de las colegas que yo tengo, que trabajamos de esta forma, bueno, la partera tradicional, empírica, habitualmente son mujeres muy humildes que atienden a mujeres muy humildes, y personas, parteras, como yo, que hasta algunas tenemos una profesión, yo estudié la carrera de Física, estuve trabajando en un postgrado de química teórica en Italia, entonces, vaya, somos diferentes, objetivamente hablando. M.*

*“muchas parteras tradicionales en México que me enseñaron esa confianza, esa autonomía, ese amor por su trabajo y esa parte de su trabajo que es como más sagrada, como la parte más espiritual de la partería” L.*

Se hacen eco de que los postulados biomédicos que consideran que otras formas de conocimiento y de aproximación al proceso de salud/enfermedad son negados y ridiculizados como supercherías y creencias sin base científica (Bellón, 2015) Ellas reivindican esos saberes por tener mayor trayectoria histórica que la medicina occidental y por estar, según ellas, fuera del sistema hegemónico. Pese a su clase social adoptan prácticas procedentes de las empíricas como las sobadas y los baños postparto. También realizan dichas prácticas y masajes en la zona de la espalda para cerrar los huesos de la cadera y evitar que, entre el frío, que es contrario al estado caliente propio del embarazo. Desde la partería titulada, se respetan estas consideraciones, pero dichas prácticas se realizan desde el convencimiento de que son saberes equivalentes a problemáticas biomédicas. No se conciben las enfermedades /padecimientos como contruidos culturalmente, sino que se consideran diferentes formas de llamar a un mismo proceso. Actualmente en contextos europeos se utiliza para revertir posiciones fetales anómalas. Son técnicas aplicadas a mujeres de clase alta, con alto nivel de instrucción que nada tienen que ver con las atendidas por las parteras empíricas. Estos procesos, entre la apropiación cultural y las modas, hunden sus raíces en procesos más amplios relacionados con la postmodernidad, de reivindicación de lo “tradicional”, lo “no occidental”. Está relacionado con formas de vida más puras, menos intoxicadas, teóricamente por el capitalismo, más cercanas a la naturaleza que

es ajena y propia a la vez. (Felitti, 2013) Las informantes se autoperciben navegando entre unos y otros saberes, considerando que todas las mujeres en su entorno son libres de escoger entre ambas opciones cuando en realidad solo se refieren a mujeres de clase media /alta que pueden en primer lugar pagar sus servicios y en segundo han llevado a cabo un proceso de deconstrucción frente a los postulados que construyen al MMH como el único posible y deseable. Las informantes se sorprenden de que las mujeres más apegadas a la “tradición” es decir, las pobres, sean las que menos soliciten sus servicios cuando además son las menos *civilizadas* aquellas más cercanas a la naturaleza.

*(...) lo curioso es que mis servicios son requeridos por mujeres de clase media y profesionistas, más que la gente del pueblo, porque hay una idea que se ha generado en la clase baja: que vayan a parir con parteras las pobres, yo voy a ir al hospital, por qué, pues porque así era, antes solamente la gente rica con recursos podía darse la posibilidad de parir en un hospital, entonces casi no atiendo partos del pueblo y el alrededor. M.*

La cuestión de garantizar la seguridad sigue apareciendo, así como la paradoja de que las más débiles, las más vulnerables ante la violencia obstétrica institucional (GIRE, 2018) no pueden acceder a la atención de una partera profesional:

*Pues sí, es cierto, porque hay mujeres que no tienen esos ingresos y entonces se van a las instituciones. Pero quienes nos buscan y están convencidas de querer una atención diferente, donde se les permite estar acompañadas de la persona que ellas desean, de tener una atención mucho más individualizada, atenta y cálida sin dejar a un lado la seguridad, pues sí, necesitan pagar más porque a nosotras las parteras, nadie nos paga ningún servicio, no somos como parte de los servicios del estado. L.*

Pese a que consideran que toman lo mejor de cada paradigma, las relaciones con la biomedicina no son tan fluidas como en el caso de las empíricas. No

acuden a los hospitales ni tampoco consideran que deban estar presentes en ellos porque consideran que su rol independiente y autónomo se vería opacado ante la figura del biomédico. Por ello consideran que su lugar no está dentro de los hospitales, sino brindando otro tipo de atención:

*Hay mucho maltrato a la partería, hay mucha represión, hay...son muy despectivos en general, relaciones muy despectivas frente a la partería tradicional, se refieren a las parteras pues como gente analfabeta, humilde, ignorante... Aquí en México existe un programa gubernamental que se llama "Progresas", si una mujer va con una partera no le dan su dinerito, tiene que ir con un médico, y generalmente los médicos son los primeros en decir, no vayas con la partera porque te puede desacomodar al bebe o te va a ...o sea son los primeros en promover que la gente, que las mujeres no vayan con la partera, cuando una partera va a un hospital generalmente se les trata muy mal y en algunos casos incluso no se las atiende, ah ya te fuiste con la partera ...cuando estás yendo por una emergencia , o sea, no es de que...M.*

#### 9.3.5. Contribuciones de la investigación a la disciplina

Considero que mi investigación es novedosa porque incluye no solo la clásica dicotomía entre parteras tradicionales y biomedicina, sino que considera también a las parteras tituladas. Además, el proyecto continúa el debate antropológico de las relaciones entre ambas parteras y su conceptualización, así como las relaciones de las agentes con procesos globales como son los movimientos de Parto Humanizado y las críticas a la violencia obstétrica.

#### 9.3.6. Conclusiones finales e implicaciones para futuras investigaciones:

Las relaciones entre biomedicina, parteras empíricas y profesionales están llenas de matices, resignificaciones y transacciones. Las construcciones que unos actores hacen de los otros también son muy ricas en significados. Las empíricas son construidas desde la subalternidad a la biomedicina por parte del MMH y aceptan el papel no sin luchas e insubordinaciones. Paralelamente,

mantienen, en los huecos que deja la biomedicina, sus praxis propias y la atención a padecimientos no biomédicos como el susto. Las parteras profesionales, por su parte, fabrican una visión mítica de las empíricas, que les sirve de anclaje, de base, de sustrato, pero sus aspiraciones van más allá de la comunidad. Su fuerza está, según consideran, en sus capacidades para moverse entre conocimientos empíricos y biomédicos, pero en la investigación las figuras con más capacidad de transitar entre ambas cosmovisiones son las parteras empíricas.

Las parteras profesionales tienen una profunda visión universalista, esencialista sobre la mujer que ignora todas las posibles intersecciones (indigenismo, negritud, clase social, nivel económico y de instrucción) Se aboga por un retorno a lo “natural” obviando que lo natural está tan construido y mediado por formas de expresión cultural como cuestiones puramente simbólicas. En el caso del medio veracruzano y mexicano, se ignora más o menos deliberadamente la falta de acceso equitativo a la biomedicina, las altísimas tasas de embarazos no deseados, muchos de ellos adolescentes, los feminicidios, la “cultura de la violencia” y la violencia obstétrica dentro de otras muchas violencias contra las mujeres. He echado en falta un análisis que vincule las inequidades con las muertes maternas y con el maltrato hacia la mujer en los procesos reproductivos y que precisen de medidas más allá de promulgar que el parto sin epidural resultará redentor.

Es difícil predecir el siguiente paso en la interacción entre los tres agentes. Las parteras empíricas, por edad y por falta de reemplazo generacional tienen a desaparecer pese a que cubren necesidades en las mujeres que no cubre la biomedicina y que resultan demasiado caras en el caso de las profesionales. Parteras empíricas y profesionales ocupan nichos profesionales y económicos muy diversos. El peligro, que ya se intuye, es que las mujeres desfavorecidas queden, como decía López García (2008) huérfanas, en la transición entre un sistema que no acaba de morir y otro que lucha por arrinconarlo con un caro precio en forma de violencia obstétrica. Mientras, las parteras profesionales, embebidas en una corriente que va más allá de su contexto, aspiran a

disputarse a las gestantes de clase media/alta con la biomedicina. En un punto intermedio se postulan las escuelas de partería que existen a lo largo de todo el país y que intentan transmitir un modelo de partería basado en el género, en los Derechos Humanos y en la salud *intercultural*.

En este punto, creo que es preciso hablar de los lugares teóricos y prácticos a los que no llegué: la presencia en el imaginario de las parteras tradicionales de los conceptos del frío y del calor y las prácticas asociadas como el uso de tés y remedios no biomédicos no fueron explorados con la profundidad que merecían. De la misma forma, el uso de prácticas propias que comparten parteras tituladas y empíricas habría merecido más atención para evaluar desde dónde actúa cada una de las dos partes. Igualmente, habría sido pertinente incluir la perspectiva de la salud intercultural desde la que parten algunas iniciativas de hospitales en Veracruz que, como proyecto piloto aislado, cuentan con parteras tituladas o hay intención de introducirlas. Por último, creo que habría sido pertinente escuchar la voz de la biomedicina y asistir a estas juntas, a estas reuniones entre biomédicos y parteras.

Finalmente, para próximas investigaciones sobre el área será interesante observar cómo evolucionan cada uno de los agentes, así como las tendencias globales sobre el Parto Humanizado que algunos creen pendulares. Serían pertinentes estudios futuros acerca de los modelos de atención escogidos por la élite mexicana y la penetración en las comunidades pobres de las parteras egresadas de las casas de partería que cuentan con perspectiva de género e intenta integrar la partería tradicional con la práctica biomédica. De la misma forma, no habría que olvidar las críticas hacia la violencia obstétrica que cada vez son más frecuentes en el contexto mexicano y mundial que están dirigidas y modifican sustancialmente las prácticas biomédicas.

## 10. BIBLIOGRAFÍA:

Argüello A, González, M (2014) Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. México. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XII, núm. 2, julio-diciembre de 2014, pp. 13-29.

Badinter, E (1991[1980]) *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós.

Beauvoir, S (2013 [1949]) *El segundo sexo*. Madrid. Debolsillo.

Bellón, S (2015) La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, año 7, nº8, pp. 93-111.

Blázquez Rodríguez, M<sup>o</sup> I (2005). «Aproximación a la antropología de la reproducción», en AIBR Revista de Antropología Iberoamericana no 14, julio-agosto 2005.

Carrillo, A M.<sup>a</sup> (1999) Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. México. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus*, 19, pp 167-190.

Castañeda, X. (1992) Embarazo, parto y puerperio: conceptos y prácticas de las parteras en el Estado de Morelos. *Salud Pública de México*, vol. 34, núm. 5, septiembre-octubre, 1992, pp. 528-532. Instituto Nacional de Salud Pública. México

Castro R. (1995) La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocuituco, México. *Salud Pública* 37, pp 329-338.

Cominsky, S (1992) La atención del parto y la antropología médica. En: Campos N R (coord) *La antropología física en México*. México. UAM pp. 139-160.

Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, (2014) "El estado de las parteras en el mundo 2014: oportunidades y retos para México". Ciudad de México, *Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud*- Disponible en: <[http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Las\\_parteras\\_del\\_mundo.pdf](http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Las_parteras_del_mundo.pdf)>

Dando a Luz y Maternidad Libertana. ( 2015) Test de Violencia Obstétrica 2015. Argentina. Disponible en: <http://www.dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf>

Davis-Floyd, R. 2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of child-birth.International. *Journal of Gynecology &Obstetrics* 75. Pp 5-23.

Dick-Read, G (2013 [1942] Childbirth without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth.UK: Pinter & Martin Ltd

Ehrenreich, Barbara; English, Deirdre (1973) *Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers*. New York: The Feminist Press.

El Parto es Nuestro (sin fecha). «Medicalización rutinaria del parto», disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/medicalizacion-rutinaria-del-parto>

Esteban, M (2013) Relaciones entre feminismo y sistema médico científico. *KOBIE (Serie Antropología Cultural*. No VII, 1995/6, pp. 17-39. En *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.

Faneite J., Feo A., y Toro, J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela*, 2012. 72(1):4-12

Federici, S (2016) *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación primitiva*. Madrid: Abya-Yala

Felitti, K (2011) Parirás sin dolor: poder médico, género y política de las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980) *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Río de Janeiro, v. 18, supl 1, p.113-129.

Fernández, I (2004) Medicina y poder sobre los cuerpos. España. *Thémata. Revista de filosofía*, número 3.

Fernández del Castillo, I. (2006[1994]) *La revolución del nacimiento*. Barcelona:Granica.

Fernández Guillén, F (2003). Cosas que pueden ocurrir en el hospital. *Mujeres y Salud*, Dossier 11. Disponible en: [http://mys.matriz.net/mys-1112/dossier/doss\\_1112\\_05.html](http://mys.matriz.net/mys-1112/dossier/doss_1112_05.html)

Franco-Rosales, A. (4 de junio de 2013) Violencia obstétrica: martirio común para las mexicanas. México. Cimac Noticias. Recuperado el 6 de mayo en <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/63477>

Freyermuth Enciso,G. Coord (2015) 25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia. *Observatorio de Mortalidad Materna en México*: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Freyertmuth, 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*, vol. XII, núm. 2, julio-diciembre de 2014, México, pp. 30-45.

Freyermuth, G; Montes, M J (2000) Parteras tradicionales en el estado de Chiapas, usos y costumbres. Apuntes sobre Medicina tradicional en México. México. *Natura Medicatrix*, n.º 57.

Freyermuth, G, Vega, M, Tinoco, A, Gil, G (2018) Los caminos para parir en México en el siglo xxi : experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación. Ciudad de México: *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social*.

Foucault, M (1977) Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*. Vol. 11, No. 1. Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974

Gaceta Oficial. Ley 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz, 2008. Recuperada en: [http://inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/instancias/documentos/ley\\_mx\\_ve.pdf](http://inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/instancias/documentos/ley_mx_ve.pdf)

García-Barros y Col. (1992) Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo. México. *Salud Pública de México*, vol 35, n.º 1.

García, EM (2018) La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. UAM. Tesis doctoral

GIRE (2015) Mujeres y niñas sin justicia. Derechos Reproductivos en México. Mexico City: Grupo de Información en Reproducción Elegida 303.

Good, B. J. (2003) Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Ed Bellaterra

Güémez, M (2000) La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre las mujeres mayas yucatecas. México. MESOAMÉRICA 39 PÁGS .305–332.

GUÍA PARA LA AUTORIZACIÓN DE LAS PARTERAS TRADICIONALES COMO PERSONAL DE SALUD NO PROFESIONAL (2008) *Secretaría de Salud*. México.

Hernández Garre, JM; Echevarría Pérez, P. (2014) La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol. LXIX, n. o 2, pp. 327-348.

Irigay, L. (2010) [1984] *Ética de la diferencia sexual*. Madrid: Ellago.

Jiménez, S et col. (2008) Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Chile. Entre la resistencia y la subordinación. *Rev Chil Salud Pública* 2008; Vol 12 (3): 161-168.

Laako, H (2016) Los derechos humanos en los movimientos sociales: el caso de las parteras autónomas en México. México. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México. Nueva Época, Año LXI, núm. 227

Lagarde, M. (1990) *Cautiverios de las mujeres: madre esposas, monjas, putas, presas y locas*. Coordinación General de Estudios de Posgrado, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, México,

Lameiras, J (1979) La antropología en México: panorama de su desarrollo en lo que va del siglo. En: Meyer, L., Camacho, M, Reyna, JL y otros (1979) *Ciencias Sociales en México*. Desarrollo y perspectivas. México: COLMEX. pp. 107-180.

Laureano-Eugenio J, Villaseñor-Farías M, Mejía-Mendoza ML, Ramírez-Cordero H(2016) Ejercicio tradicional de la partería frente a su profesionalización: estudio de caso en Jalisco, México. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 34(3): 275-284

Laureano Eugenio et col (2017) PERSPECTIVA DE LAS PARTERAS EN JALISCO, MÉXICO, FRENTE AL EMBARAZO DE ALTO RIESGO: ESTUDIO CUALITATIVO. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 68 No. 1 • Enero-Marzo 2017.pp. (49-61)

Lázare Boix, S (2016). Conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad en el parto natural. El caso del centro de salud Marenostrum de Barcelona. *Quaderns-E de l'Institut Català d'Antropologia*, 21(1), Barcelona: ICA, pp 18-32.

Lázzaro. A (2017) Cuerpos 'al natural': la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado. Argentina. *Revista Pilquen Sección Ciencias Sociales*, vol 20, n.º 3.

Leboyer, F. (2008[1974]) *Por un nacimiento sin violencia*. Tarragona: Mandala

Lonzi, C (2006 [1981]) *Escupamos sobre Hegel*. Madrid: Anagrama

López, J. (2008) El fin de las comadronas tradicionales en el Oriente de Guatemala. En Fernández, J (director) *La diversidad frente al espejo*. Salud, interculturalidad y contexto migratorio. Castilla La Mancha.

Luengas Aguirre, M A (1999) La partera tradicional en la Sierra Norte de Puebla.México. *Tramas* 14-15. UAM-X pág. 255-268

Mallén-Pérez L, Juvé-Udina ME, Roé-Justiniano MT, Domènech-Farrarons À. Dolor de parto: análisis del concepto. *Matronas Prof.* 2015; 16(2): 61-67.

Marcos, S (2010) *Mujeres, indígenas, rebeldes, zapatistas*. México: Ed EON.

Mauss, M. [1934] (1991) "Técnicas y movimientos corporales". En Mauss, M. *Sociología y Antropología*. Madrid:Tecnos (p. 337-356).

Mellado,J, Zolla, JL Castañeda, X (1989) La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México.

Mellor, M (2000) Feminismo y ecología. México: S XXI editores.

Méndez-González RM, Cervera-Montejano MD (2002) Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. México. *Salud Pública Mex*;44. pp129-136.

Mendoza González, M; O, Flores Loman, Azamar Martínez, J. (2002) Características de atención obstétrica de la partera tradicional en México. *Altepepaktli: Volumen I, no 1 y 2, marzo - septiembre 2005*.

Menéndez, E. L. 1984. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Cuadernos de la Casa Chata, 86.

Menéndez E. L (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 pág. 451-464

Menéndez, E (1990) *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. México. Cuadernos de la Casa Chata.

Menéndez, E (1992). «Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales» en CAMPOS, Roberto (comp.), *La antropología médica en México*. México: Instituto-Mora, UAM, págs. 97-114

Módena, M. E (1990) Madres, médicos y curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica, México , CIESAS .En Munch , G ( 1983) . *Etnología del Istmo Veracruzano*, México: UNAM

Montes, M. J (2007) Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili,Tarragona.

Mosquera Saravia, M.<sup>a</sup>T ( 2006) *Lógicas y racionalidades entre comadronas y terapeutas tradicionales*. Instituto de Estudios Interétnicos. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala

Mosquera Saravia, M.<sup>a</sup> T (2003) *Mujer y comadrona: género y etnicidad*. Guatemala. Programa Universitario de Investigación de Estudios de Género - PUIEG-, de la Dirección General de Investigación -DIGI- en la Universidad de San Carlos de Guatemala

Muñiz, Elsa et al. (2010) *Disciplinas y prácticas corporales. Una mirada a las sociedades contemporáneas*. Barcelona: Ed. Antrohopos.

Norma Oficial Mexicana (2016). NOM-007-SSA2-2016. La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario oficial de la federación, 7 de abril de 2016.

Odent, M (2007[1990]) *El bebé es un mamífero*. Tenerife: OB STARE.

Olza, I. yLebrero, E. (2005) *Nacer por cesárea*. Barcelona: Granica.

Olza, I (2017) *Parir*. Barcelona: Ed. Sipan

OMS (1985) "Appropriate technology for birth", *Lancet*, Volume 326, 8452, pp., 436-437

OMS (2000) Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto  
2 al 4 de noviembre de 2000 en Fortaleza, Ceará, Brasil

OMS (2015) Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. OMS

Organización Panamericana de la Salud. Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales. Organización Panamericana de la Salud. 2 ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1578).

Organización Panamericana de la Salud (2005) Curso de capacitación para agentes comunitarios y parteras: Guía del Facilitador: AEIPI neonatal. Washington.

Pelcastre, B et col. (2005) Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(4):375-82

Pozzio, MR (2016) La gineco-obstetricia en México. Entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Estudios Feministas, Florianópolis*, 24(1): 406.

Programa de Acción Estatal Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Dirección de Prevención y Promoción de la Salud Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud del Estado de Veracruz.

Programa Nacional de Parteras Tradicionales (1994) *La partera tradicional en la atención materno infantil en México*. Programa Nacional de Parteras Tradicionales. México.

Ramírez Hita; S (2011) *Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. Instituto Superior Ecuménico Andino de Teología (ISEAT) Bolivia.

Rodrigáñez, C (2007). *La Represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente*. España: Ediciones Crimentales.

Ruiz-Vélez Frías, C (2009) *Parir sin miedo*. Tenerife: OB STARE.

Sánchez, A, Martínez Roche,J, Nicolás Viguera, M<sup>a</sup>E; Bas Peña, M<sup>a</sup> D, Morales López, Rosario, E; Álvarez Munárriz, L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, vol. 7, núm. 2, mayo-agosto, 2012, pp. 225-247

Secretaría de Salud (1994) *El perfil de la partera tradicional en México*. México. Secretaría de salud.

Secretaría de Salud (2008) *MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO*. Secretaría de salud. México

Sedeno, L, Becerril, ME (1985) *Dos culturas y una infancia: psicoanálisis de una etnia en peligro*. Fondo de cultura económica. México.

Schmid, V (2017) *El dolor del parto. Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor*. Tenerife: Obs. Tare

Stolcke, V (2003) *La mujer es puro cuento: la cultura del género*. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia* 19: 69-95.

United Nations Population Found (UNFPA) (Coord.), 2011, El estado de las parteras en el mundo Cuidar la salud, salvar vidas. UNFPA. Disponible en: [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es\\_SoWMy\\_Full\\_1.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_SoWMy_Full_1.pdf))

Uribe, P, Ruiz, C y Morales,E (2009) “La mortalidad materna en México, Estrategias y desigualdades”, en Freyermuth G y Sesia,P (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*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, pp. 55-68.

## 11. ANEXOS

### 11.1. Guion entrevista parteras tradicionales

#### **Primera parte. Preguntas introductorias e identitarias:**

- ¿De dónde es? ¿Dónde nació? ¿Cuántos años lleva viviendo aquí?
  
- ¿Hasta dónde estudió?
  
- ¿Cómo le dicen en su comunidad? ¿Cómo define su profesión? ¿Partera? ¿Curandera? ¿Se ocupa solo de embarazadas o también de otras personas?
  
- ¿Se considera indígena? ¿Habla alguna lengua indígena?
  
- ¿Se considera creyente de alguna religión?
  
- ¿Cuántos partos atiende al mes aproximadamente?
  
- ¿Cuál es el hospital/centro de salud más cercano a su pueblo/comunidad? ¿Es accesible para las mujeres? ¿Es caro? ¿Pueden hacer cesáreas? ¿Reaniman a un bebé que nace antes de tiempo?

#### **2ª parte. Años de profesión y forma de aprendizaje del oficio:**

- ¿Cuántos años lleva siendo partera? ¿A qué años empezó a ejercer este oficio?
  
- ¿Cómo aprendió el oficio? ¿Tiene abuelas/madre parteras? ¿Hay tradición en su familia en la partería?

- ¿Considera que hubo algo en su vida que le hizo iniciarse en la profesión, algún sueño, alguna enfermedad, algún evento familiar...?
- ¿Cuál fue el primer parto que vio? ¿Y el primero que atendió? ¿Cómo lo vivió? ¿Qué edad tenía usted?
- ¿Hay algún parto que recuerde con especial emoción?

### **3era parte. Realización de cursos de capacitación:**

- ¿Ha recibido cursos de capacitación del IMSS? ¿Hace cuánto?
- ¿Quién impartía el curso, personal médico, de enfermería, otros...?
- ¿Recuerda algo de lo que le dijeron en el curso? ¿En qué insistían?
- ¿Qué aplicó de lo que aprendió en los cursos para incorporar en su trabajo diario con las embarazadas?
- ¿Cambió cosas de su trabajo diario tras los cursos de capacitación...lavado de manos, cuidados del cordón umbilical, posición para el parto, derivaciones si embarazo/parto de riesgo...?
- ¿Está usted de acuerdo con todo lo que le dijeron que hiciera en los cursos de capacitación ¿Con qué cosas no está de acuerdo?
- ¿Considera que estos cursos son positivos para usted?
- ¿Tiene algún tipo de compensación económica tras hacer el curso?
- ¿Recibe alguna credencial o cédula tras acudir al curso, algún material...?

#### **4ª parte. Conceptualización de la mujer, de la gestante, del dolor del parto y de otros agentes en la atención a la embarazada.**

- ¿En qué momento (meses de embarazo) se inician las visitas a la embarazada o ellas contactan con usted? ¿Cada cuánto revisa a la embarazada?
- En los hospitales hay formas de eliminar el dolor del parto, ¿cómo ve usted esta práctica?
- ¿Las mujeres le demandan formas de disminuir el dolor? ¿Qué utiliza?
- ¿En qué situaciones envía a la embarazada al centro de salud con el médico?
- ¿Considera que el centro de salud/hospital más cercano puede resolver los problemas que pueden presentar las embarazadas?
- ¿Y que conocen su oficio y saben y pueden solucionar los problemas que se pueden dar durante el parto?
- ¿Cree usted que hay muchas diferencias entre cómo ellos atienden el parto y cómo lo asiste usted?
- ¿Cree que es beneficioso para las mujeres y para la profesión que hay hospitales cercanos?
- ¿Sabe que hay escuelas de partería en México? ¿Qué opina de ellas? ¿Ha conocido a alguna?

## **5ª parte. Uso de fármacos de patente vs remedios tradicionales**

¿Utiliza yerbas y remedios naturales en su práctica diaria? ¿Para qué problemas (padecimientos)? Diferenciar embarazo, parto y postparto y niños / adultos varones. ¿Le consultan mucho las embarazadas por problemas como la caída de mollera, el susto o el mal de ojo...? ¿Qué es lo que más le consultan?

¿Utiliza también medicamentos de farmacia? ¿Cuáles? ¿En qué situaciones? ¿Quién le enseñó que podían ser útiles? ¿Son fáciles de conseguir aquí en el pueblo?

## **6ª parte. Violencia obstétrica.**

¿Las mujeres tienen miedo de ir al hospital? Si es así, ¿por qué?

¿Qué hacen de diferente los médicos en el hospital, según su opinión?

¿Considera que los médicos/profesionales de la salud hospitalarios tratan bien a las embarazadas?

¿Cree que los médicos/profesionales de la salud formales valoran su trabajo?

¿Conoce a alguno? ¿Qué opinión le merecen?

¿Cuál cree que es la opinión de los médicos /profesionales de la salud formales sobre las parteras tradicionales?

En su experiencia, ¿usted cree que las mujeres de su comunidad / del pueblo prefieren atenderse con parteras o en el hospital? ¿Por qué cree usted que es así?

## **Enfoque de riesgo:**

- ¿Considera que las mujeres embarazadas están enfermas y/o que necesitan un cuidado especial?

- ¿Tienen que tener cuidados especiales las embarazadas (aseo, comidas, rutinas diarias, descanso, visitas médicas...)? ¿Y las recién paridas?

- ¿Considera que los eclipses y la luna pueden ser malos para la embarazada y el futuro bebé?

- ¿Considera que para los médicos el embarazo y el parto es algo peligroso, riesgoso? ¿Qué opina usted sobre la posibilidad de enfermarse durante el embarazo, el parto o el postparto? ¿Cuáles son los problemas que se encuentran más frecuentemente y cómo los soluciona?

¿Qué ventajas tiene para usted el parto en casa? ¿y qué desventajas?

¿A qué problema que recuerde se ha tenido que enfrentar durante la atención de los partos? ¿Recuerda cómo se solucionó?

¿Cuáles cree que son los principales problemas para el parto de las mujeres de su pueblo/comunidad/zona?

### **Prácticas corporales:**

- ¿Realiza las *sobadas* habitualmente en el cuidado de las embarazadas? ¿Para qué? ¿En el embarazo, en el parto y también en el postparto...?

- Los cursos de capacitación insistían en el lavado de manos, ¿qué opina sobre esto? ¿Tiene agua entubada en su casa o en la mayoría de las casas de las embarazadas?

- Normalmente, ¿dónde atiende los partos, en su casa, en casa de la embarazada...?

- ¿Reza alguna oración durante el parto o antes?

- ¿En qué posición atiende los partos (mujer tumbada, acucillada en el piso...)? ¿Ha cambiado la posición a lo largo del tiempo? ¿Quién está en la casa a la hora del parto (¿marido, suegra, otros hijos...)? ¿Por qué atiende los partos en esa posición (tradicción, lo ha visto hacer a otras, capacitaciones...)?

- ¿Utiliza el agua en algún momento durante el parto?

- ¿Hay alguna tradición relacionada con la placenta? ¿se entierra? ¿Qué opina que en los hospitales se desechen? Y las mujeres, ¿qué opinan ellas?

- ¿Con qué corta el cordón umbilical? ¿Qué cuidados realiza al recién nacido (colirio, peso...)? ¿Hay algún tipo de ritual alrededor del nacimiento o a las pocas semanas?

- ¿En qué momento recomienda iniciar el amamantamiento? ¿Cuánto tiempo debe durar?

¿Inscribe al bebé en el registro civil? ¿Guarda algún registro de los partos atendidos? ¿Qué papeles debe entregar al gobierno?

- ¿En los cursos de capacitación le hablaron de las formas de cuidarse para evitar el embarazo? ¿habla de ellos a las mujeres? ¿cree que es bueno que sepan cómo cuidarse?

## 11.2. Guion entrevista parteras tituladas:

### **1ER BLOQUE**

- ¿De dónde es? (Pueblo o estado):
- ¿Dónde vive actualmente?
- ¿Cuántos años tiene de profesión?
- ¿Cómo se define? ¿Se considera partera tradicional? ¿Autónoma? ¿Cree que ambas son compatibles? Si es así, ¿por qué?
  
- ¿Estudiaste algo relacionado con la partería?
  
  
- ¿Se consideras creyente de alguna religión?

### **2 BLOQUE**

- ¿Tiene familia de parteras, hay tradición en su familia...?
  
- ¿Considera que hubo algún evento en su vida que te hizo iniciarte en la profesión...?
  
  
- ¿Hay algún parto que recuerde con especial emoción?

### **3 BLOQUE**

- ¿Dónde trabaja actualmente: hospital, centro de salud, partos en casa, en posadas, ¿docencia de la partería...? ¿Ha decidido trabajar en el lugar que indicas por algún motivo en concreto?
- ¿Qué opina acerca de la epidural como forma de paliar el dolor del parto?  
¿Cómo conceptualizas el dolor del parto?

- ¿Cuáles cree que son las mayores diferencias entre la atención del parto de un médico y el de una partera profesional -o el suyo?
- ¿Considera que el parto es o puede ser un evento riesgoso para la mujer?  
¿Qué opina acerca de este enfoque?
- ¿Considera que las mujeres necesitan ayuda para parir?
- ¿Considera que la mujer embarazada tiene que tener unos cuidados especiales (-alimentación, reposo, vacunas, etcétera...) ¿Qué recomendaciones da a la embarazada? ¿y a la recién parida?

#### **4 bloque**

- ¿Qué opina de la atención hospitalaria al parto y postparto en México?
- ¿Considera que en el contexto hospitalario mexicano se dan prácticas que podríamos considerar violencia obstétrica (vejaciones, humillaciones, maltrato, esterilizaciones forzadas o no consentidas, cesáreas innecesarias...) ¿Cuál cree que es la causa? ¿Y la posición de las parteras?

#### **5 bloque**

- ¿Utiliza yerbas y remedios naturales en su práctica diaria? ¿Dónde aprendió a utilizarlos?
- ¿Trata también enfermedades asociadas a grupos indígenas/rurales como la caída de la matriz o el mal de ojo en los recién nacidos? ¿Qué opina acerca de estas enfermedades?
- ¿Utiliza medicamentos de farmacia en la atención al embarazo, parto y postparto?

#### **6 bloque**

- ¿En qué posición atiende los partos...?
- ¿Utiliza las sobadas dentro de tu práctica diaria? ¿Y los temazcales? ¿Dónde y de quién aprendió dichas prácticas?
- ¿Realiza algún procedimiento tras el nacimiento del bebé?
- ¿Qué recomienda hacer usted con la placenta tras el parto?

- ¿Utiliza el agua (ya sea en forma de baño o con una tina para dilatación y parto) en algún momento del parto? ¿qué opina de su uso?

### **7 bloque:**

- ¿Qué opina de las parteras tradicionales? ¿Qué opina sobre la atención de los partos que llevan a cabo estas mujeres?

- ¿Considera que las parteras tradicionales/empíricas deben tener algunos conocimientos de índole biomédica o que con conocimientos empíricos es suficiente? ¿Qué opina de los cursos de capacitación del IMSS?

- ¿Qué opina del uso de determinadas prácticas tradicionales como sobadas y temazcales por parte de parteras no tradicionales?

- Hay voces críticas que apuntan a que los servicios de parteras profesionales solo son accesibles a una parte muy concreta de las mujeres, las que cuentan con unos determinados ingresos ¿qué opina acerca de esto? ¿Está de acuerdo? ¿por qué?

- ¿Cuál considera que es la relación entre parteras profesionales y parteras tradicionales o empíricas? ¿Cuál debería ser, según tu punto de vista?

- ¿Se consideras feminista?

- ¿Relaciona su profesión con algún tipo de militancia feminista? ¿De qué tipo?

- Puestos a imaginar, ¿cómo cree que sería la atención al embarazo, parto y postparto ideal?

### 11.3. Información general acerca del estudio

## **DOCUMENTO INFORMATIVO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO SOBRE PARTERAS TRADICIONALES Y TITULADAS**

### **¿Quién lleva a cabo este proyecto?**

Este proyecto se enmarca en el Trabajo Fin de Grado de Lara Martín Castañeda, matrona y estudiante de antropología del Grado de Antropología Social y Cultural en la UNED. Está tutorizado por Julián López García.

### **¿Cuál es el objetivo del estudio?**

El proyecto trata de analizar las visiones acerca de la labor diaria y la atención el parto y el embarazo por parte de las parteras. Se realizará a través de entrevistas de aproximadamente 45 min- 1h de duración. La participación es voluntaria y no remunerada.

### **¿Qué beneficios esperamos conseguir?**

Conocer mejor la realidad en el contexto veracruzano de la atención al parto por parte de parteras, tanto las tituladas como las tradicionales

### **¿A qué riesgos y molestias se exponen los participantes?**

Las molestias serán mínimas más allá del tiempo de la entrevista, que se acordará cuando a las informantes les convenga. Dicha entrevista se grabará y será transcrita. Hay que mencionar que los datos personales serán anonimizados y en ningún caso aparecerán nombres o entidades reales tanto en la presente investigación como en otras que pudieran derivarse. En ningún caso los datos serán cedidos a terceros. Si se desea conocer la investigación en su totalidad se enviará a las interesadas vía mail cuando se disponga de ella.

### **¿Cómo se tratarán los datos?**

Solamente el directo del TFM y la investigadora tendrán todo el acceso a la información Los datos serán codificados y anonimizados (disociación

reversible): a cada informante se le asignará un pseudónimo y no aparecerán datos de filiación, en ningún momento aparecerán en la investigación datos que pudieran identificar a la persona.

### **¿Qué derechos asisten a los participantes?**

Los participantes tienen derecho a retirarse en cualquier momento de la investigación. Tienen derecho a cancelar y/o rectificar la información proporcionada. Tienen derecho, una vez terminada la investigación, a ser partícipes de los resultados de ésta si así lo desean.

*¡Muchas gracias por su colaboración!*