



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
POSGRADO EN PEDAGOGÍA
EDUCACIÓN Y DIVERSIDAD CULTURAL

**Conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias. Una
aproximación etnográfica**

TESIS

Que para optar por el grado de:

MAESTRA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA

María Elizabeth López Enríquez

Tutora

Dra. Patricia Medina Melgarejo

Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, junio de 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres por darme la vida y enseñarme el valor de la responsabilidad.

A Mónica y José Luis por aceptar mis ausencias.

A Yola e Isabel quienes me acompañaron en este largo andar con esperanza y amor.

A SADEC por su compañerismo y opción política.

A las parteras comunitarias que buscan continuamente crear espacios seguros para una maternidad plena.

A Patricia Medina Melgarejo por su gran tenacidad, paciencia y cariño.

A las comunidades zapatistas por enseñarme el valor de la palabra cumplida.

A quienes integran el Posgrado en Pedagogía de la UNAM por permitirme ser parte de su comunidad.

Al proyecto PAPIIT IN 305314 Antropoenfermería y cuidados culturales a la salud ENEO-UNAM por otorgar espacios para la reflexión académica.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por brindar el apoyo económico que solventó todo el trabajo.

Muchas gracias.

Índice

INTRODUCCIÓN. Trazando caminos	5
Entre brechas y veredas	7
Dibujando grietas: el cuerpo del tejido	19
Capítulo 1. EL TEJIDO: el andar metodológico	21
El problema: formación de parteras comunitarias	22
El horizonte metodológico	34
El telar: el camino etnográfico	38
Diseño de la investigación (entre disciplinas y estado del arte)	41
El relato de vida como método. Momentos-huella	44
Capítulo 2. URDIMBRE. <i>Hilos-base</i> . Primer momento: <i>los escenarios</i>	50
Parteras –pueblos indígenas- e instituciones de Estado	50
Construyendo caminos: organización social de base	67
<i>Salud en manos del pueblo</i>	72
Capítulo 3. URDIMBRE. <i>Hilos-base</i> . Segundo momento: <i>sujetos históricos</i>	81
Parteras comunitarias: parteras de los pueblos	82
Agustina, <i>partera nacida</i> . Valles Centrales, Oaxaca	88
Mary, <i>partera por necesidad</i> . Marqués de Comillas, Chiapas	117
Capítulo 4. TRAMA. Procesos de formación y maneras de compartir	134
Formación de parteras comunitarias: educación propia y participación social activa	134
“ <i>Ya llegó tu hora</i> ”. “ <i>Así como me dice así lo hago</i> ”. Notas sobre educación propia: <i>para seguir siendo pueblo</i>	136
Maneras de compartir: experiencias y situaciones de formación	142
Capítulo 5. A MANERA DE CIERRE: notas para seguir indagando	146
Parteras comunitarias como sujetos pedagógicos	147
Conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias. Retornando la mirada a la escuela.	151
Regresando al proceso de investigación: sobre preguntas y supuestos.	155
Fuentes consultadas	
Libros	160

Tesis	165
Revistas y artículos	166
Páginas y textos electrónicos	169
Videos	171
Anexos	172

INTRODUCCIÓN. Trazando caminos

Las culturas de la civilización mesoamericana que existe hoy han logrado sobrevivir gracias a la voluntad expresa de permanencia de sus portadores, voluntad que se expresa en una resistencia tenaz para conservar su capacidad de decisión y su patrimonio cultural propio; en una constante y selectiva apropiación de los elementos culturales ajenos que les resultan adecuados para sobrevivir a la dominación, y en el ejercicio de una incesante creatividad que les permite forjar nuevos elementos culturales o modificar los anteriores, para ajustar sutilmente su cultura propia a los cambios del marco de la opresión y agresión en el que permanecen.

Bonfil (1989)

El andar comunitario que recrean día con día los grupos étnicos de nuestro país les permite permanencia y continuidad histórica, formas concretas de convivencia que incluyen elementos culturales diversos a razón de su utilidad y efectividad en la reproducción de la vida. Este sentido de inclusión, creatividad e innovación es ejemplo de estrategias de resistencia construidas por los pueblos a lo largo de la historia de nuestro país. Una lucha cotidiana por mantener áreas de decisión propia, de ejercer su autonomía, de mantener el control cultural en espacios íntimos, familiares y colectivos. Ha sido mucha la insistencia por integrarlos al proyecto liberal de Nación que han aprendido a retomar de éste sólo lo necesario para permanecer y mantener los vínculos culturales con su pueblo de origen.

Hacerse partera hoy, desde el horizonte de la medicina indígena tradicional, puede situarse como una estrategia importante de los grupos étnicos para producir y recrear una cultura propia, siempre incluyente de los saberes y tecnologías de otros modelos médicos a razón de su efectividad en el proceso materno. Formación de parteras comunitarias que a través de una educación propia crean los mecanismos de recreación y reproducción de su práctica médica.

Este trabajo es sólo una representación, una imagen, una fotografía de la complejidad que enmarca los conocimientos pedagógicos de dos parteras comunitarias: *Agustina* y *Mary*, quienes aceptaron el reto de mirar, mirándose, el proceso que han caminado para llegar a lo hoy son, a lo que hoy representan en su paraje, colonia, comunidad, región y país. Esto es sólo un homenaje a su tenacidad y, a su vez, es la puesta en escena de cómo, con *su andar* ambas hacen frente a una problemática emergente, cuya atención merece seriedad y profundidad: *la muerte materna*, un fenómeno prevenible si se perciben las razones reales que lo causan, más allá de los recursos materiales y de

infraestructura que pueden ser solventados en marco de decisiones políticas; de importancia también para instituciones académicas que forman personal de salud y, no sólo, también toca a la sociedad civil organizada y a los grupos étnicos en particular, a razón de la predominancia de este evento en mujeres indígenas y pobres.

El propósito de este trabajo versa en reconocer maneras propias de enseñar y aprender conocimientos especializados de los pueblos indígenas originarios de nuestro país a través de dos de sus protagonistas. Es decir, conocer maneras otras de construir conocimientos, de vivir y pensar el cuerpo, de relaciones sociales otras, de recrear las culturas y de un *estar-siendo con el mundo*; lo que llevó a no pretender hacer un ejercicio monográfico, enunciando formas de vida y caracterizando prácticas sociales de cierta cultura, sino más bien, dirigir la indagación hacia *la comprensión de sentidos y significados de los sujetos que recrean esas culturas*, es decir, se apostó a *descripciones analíticas (traducción-mirada) de juegos de sentido y significado en torno prácticas socio-culturales y formas de enunciar el mundo de las personas, importando su decir y su hacer*, con la pretensión de partir de un estudio *en casos específicos* que, conectados en su dinámica contextual, posibilitan ejes de discusión pedagógica considerando siempre el espacio límite del investigador ante situaciones margen en que se involucra.

Este trabajo invita a descifrar prácticas pedagógicas cruzadas en el ejercicio de la partería indígena, tomando en cuenta las condiciones histórico-políticas y culturales, a través de una metodología etnográfica; con la intención de aproximarse precisamente a los significados y sentidos que *Agustina* y *Mary* han construido socialmente en su práctica cotidiana como parteras comunitarias; considerando siempre el papel del investigador situado en el margen-frontera de la investigación –entre el afuera y el adentro, entre lo otro y lo mismo, sin pretender figurar como un etnógrafo nativo-. Asunto que llevó a establecer las relaciones políticas entre los protagonistas del proceso de investigación, permitiendo con ello la factibilidad del estudio.¹

Esta aproximación hacia los *conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias* al tomar como punto nodal de empuje al *relato de vida* y a la perspectiva etnográfica como posibilidad epistemológica, dio acceso a los hilos-base del tejido y se aseguró que fueran

¹ Un margen-límite que fue permeado por ALIANZAS con las personas implicadas, lo cual, mostró una posibilidad distinta de hacer factible la investigación, perfilando un horizonte de TRADUCCIÓN, como provocación para la reflexión pedagógica hacia caminos de reconocimiento de CULTURAS DISTINTAS.

las voces de las parteras aquí representadas una voz articulada de mujeres que apuestan porque otras mujeres puedan decidir su forma de parir, decidir cómo vivir su proceso materno, decidir los caminos por andar, decidir los espacios y condiciones de seguridad para su proceso materno. Es decir, este trabajo también es una ventana-puerta-espejo que anuncia la necesidad imperiosa de establecer ALIANZAS para generar posibilidades seguras de vida.

Pero ¿cómo se fue abriendo este camino?, ¿cómo se llegó hasta aquí?, como retrospectiva para quien escribe estas líneas y en un sentido de exposición para el lector(a) a continuación se presenta:

Entre brechas y veredas

La investigación que aquí se expone da continuidad al estudio de una temática que emergió al paso de una tesis de licenciatura: *Los procesos de formación en salud comunitaria: la experiencia pedagógica de Salud y Desarrollo Comunitario, A. C²*; dicha temática se ubicó en torno: *procesos de formación en salud comunitaria*, que fue mostrándose con la sistematización de un hacer-pensar la educación y la salud a través de una trayectoria pedagógica, de un camino que mostró ejes importantes de acción educativa, pedagógica y médica, a saber: *educación en salud, sistema modular, visión social-crítica del proceso salud-enfermedad y la participación comunitaria activa*; cuya base fue reconocer a las personas y organizaciones involucradas como *sujetos históricos*.

Experiencia sustentada en la formación de personal de salud –de ahí que la educación haya sido su eje-base de articulación-, la construcción de infraestructura, así como, la organización social comunitaria; base del trabajo educativo y pedagógico de la asociación civil: *Salud y Desarrollo Comunitario* quien optó, en aquel momento, por ser rostro y cuerpo de dicha investigación; con ésta se hizo una travesía en el arte de tejer y bordar por medio de la memoria colectiva con la cual se tendieron hilos, colores y tonalidades que dieron base, volumen, cuerpo y figura a aquel bordado.

Tesis que permitió percibir temas entretrejididos y de interés para la comprensión del ámbito pedagógico, a saber: *políticas en educación en salud, el sistema modular y la*

²López Enríquez, M. (2011). *Los procesos de formación en salud comunitaria: la experiencia pedagógica de Salud y Desarrollo Comunitario*, tesis de licenciatura en Pedagogía, México: UNAM.

educación popular, así como el *servicio social*. De igual manera, se percibió el vínculo entre educación popular y educación intercultural (en tanto experiencias educativas de salud popular y de participación comunitaria y su relación con el sistema de salud de pueblos indígenas). Con respecto a ello, en torno *políticas en educación en salud*, emergieron durante el estudio las *intervenciones* en salud y educación desde una mirada *indigenista* de las instituciones de Estado, así como las visiones construidas por pueblos indígenas-originarios identificadas como: *políticas indígenas propias*.

Intervenciones indigenistas ejercidas por lo institucional gubernamental –con políticas públicas y programas sociales-, lo institucional académico –con la intervención de universidades- o, por lo institucional no gubernamental –con acciones de Organizaciones No Gubernamentales (ONG)-. Intervenciones cuyo eje-común fue considerar a personas, grupos, colectivos y organizaciones como *objeto de políticas*.

En tanto *intervención de las políticas construidas por y desde los pueblos indígenas* se distinguió que éstas han sido generadas por *sujetos* que han decidido ser protagonistas de su historia, reconociendo su papel histórico y político en la construcción de proyectos de vida; donde la combinación educación-salud les ha permitido construir y recrear otros sistemas y redes de salud.³

La combinación que se hace entre educación y salud en espacios comunitarios, indígenas y campesinos desde una visión indigenista se camina como *capacitación, instrucción y entrenamiento en la asistencia técnica y de acción sanitaria*⁴ en torno la salud, la enfermedad o para la atención al parto; orientado por algunas décadas desde el *enfoque de riesgo*. Ello para intervenir en el ámbito de la promoción de la salud desde un horizonte biológico-cientificista de la medicina y los cuidados donde NO se consideran

³ Ejemplo de ello es lo que se construye en espacios de organización comunitaria-regional de Comunidades Eclesiales de Base (Ceb's) en nuestro país, así como lo que se camina en espacios autónomos zapatistas en el estado de Chiapas en torno el Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ).

⁴ Véase la disertación que se hace en la parte introductoria de mi tesis de licenciatura (López, 2011) donde se expone que *la capacitación*, si bien es un elemento del ámbito de la formación de sujetos, ésta no puede equipararse con el término *formación* ni con el de *educación*, ni puede ser usado como un sinónimo. Argumentando la discusión con ideas de Freire (2002), cuando hace una consideración con respecto a la capacitación técnica; además considerando que el término de capacitación se une al de instrucción técnica que en el ámbito comunitario se sustenta en el *saber hacer* de lo práctico que, para Villoro (2002), ello sólo muestra habilidades pero no son ellas mismas conocimiento.

otros sistemas de salud como el *propio de los pueblos*⁵ en su sentido de orientación epistémica; sino que se pretende hacer cierto “reconocimiento” enunciando ejemplos prácticos de intervenciones y percepciones esencialistas y de folklor, colocando las prácticas culturales únicamente como explicitación colorida de una cultura o como prácticas de salud sin sustento científico⁶ lo cual, puede considerarse, a razón de los argumentos de Bonfil Batalla (1991) como elementos de una cultura que ha sido enajenada y, que, para el caso de la medicina indígena, sólo se consideran técnicas, terapias de curación y el uso de plantas medicinales, esto último según la comprobación de sus componentes activos (sistematización, clasificación y caracterización⁷) sin reconocer las implicaciones epistemológicas y de recreación cultural de quienes la viven, la comparten y la recrean en un *permanecer y seguir siendo pueblo*.

Es decir, acciones indigenistas en *educación* donde no se reconoce el *estar-siendo* de pueblos y organizaciones como sujetos y no se toma en cuenta su conocimiento como opción para la estructura de contenidos y formas de enseñanza en situaciones “legitimadas” de formación en el área de la salud y los cuidados.⁸

Con respecto a *intervenciones generadas desde los indígenas* emergió la creación de sujetos sociales que, en su ser histórico, han creado redes y sistemas de salud donde se consideran conocimientos necesarios sobre salud y educación, para responder a problemas

⁵ Es importante mencionar que a través del caminar de esta investigación y por la posición metodológica que se ha elegido (construir relaciones horizontales entre sujetos partícipes en la investigación y de una construcción conjunta del objeto de estudio, respetando las formas en que los sujetos nombran sus realidades) es que se retoma el término *sistema de salud propio de los pueblos*, como término vivido, hecho experiencia por los sujetos implicados, reconociendo, con ello, al investigador como una pieza más del engranaje del proceso de indagación. Siguiendo a Rockwell (2009) dicha conceptualización pasaría a denominarse: *categoría social*, la cual se coloca en diálogo con las *categorías de interpretación* (del investigador) y las *categorías teóricas* (de otros autores).

⁶ Por ejemplo: considerando a la medicina indígena como un repertorio de remedios y creencias religiosas o mágicas en torno los padecimientos o presentando la variedad gastronómica como ejemplo folklórico de grupos indígenas, sus formas distintas de vestir o la exhibición de sus territorios como potencial ecoturístico o nombrándolos desde fuera como “pueblos mágicos”.

⁷ Si bien, el primer herbario institucional en México fue construido en 1977, el interés puede rastrearse desde la época colonial del siglo XVI: “...apenas transcurridas tres décadas de la Conquista ya había sido redactado el primer libro de terapéutica, de abrumador contenido indígena, para el uso de las gentes de occidente” (Aguirre Beltrán, 1963: 116). Francisco Hernández fue enviado por la corona española para realizar estudios científicos sobre el manejo de la terapéutica indígena, “...se dedicó con cuidadoso empeño a la recolección de datos y ejemplares de la fauna, la flora y la mineralogía del Anáhuac, sin desdeñar la obtención de informes sobre las costumbres y antigüedades de los habitantes indígenas.” (Aguirre Beltrán, 1963: 120).

⁸ Para Freire (2002) considerar a los sujetos como objetos es caminar únicamente en la adaptación del hombre a su contexto despojándolos de su ser histórico y político.

locales de salud y enfermedad, en donde ha cobrado importancia la socialización de conocimientos para la formación de personal de salud comunitaria; a la par de ir conformando una infraestructura en salud. Es decir, en espacios y tiempos contemporáneos, se encuentran presentes *experiencias de vida* de pueblos, comunidades y organizaciones indígenas-campesinas en marco de acciones en salud y educación, lo cual les ha permitido situarse como sujetos que hacen políticas, que deciden qué, cómo, dónde y cuándo enseñar.⁹

Políticas generadas desde la base, desde abajo y políticas creadas desde arriba, de lo que se impone y no se pregunta; en ambas intervenciones se configuran sujetos, prácticas y procesos sociales de interés para el ámbito pedagógico.

En el andar de aquella tesis de licenciatura también emergieron otros temas, de importancia metodológica y que corresponde al *qué y cómo se enseña* en salud comunitaria, a saber: *el sistema modular y la educación popular*; modos de hacer y pensar la educación en combinación con el ámbito de la salud, cuya implicación metodológica en la formación de personal de salud se basó en un propósito: *la salud en manos del pueblo*, a través de un hacer donde se reconoce a la *educación* y al *conocimiento* como *transformación*, donde los sujetos implicados se reconocen en su estar-siendo histórico y su opción política¹⁰. Maneras de hacer y reflexionar la educación y la salud donde la formación de personal de salud es base, así como *la participación comunitaria* y *la visión social del proceso salud-enfermedad* sus elementos constitutivos.

También, en aquel tejido-bordado, se mostró un tema importante en el camino del ejercicio de las profesiones, de la relación entre teoría y práctica en la pretensión de

⁹ Ejemplo de estas acciones de participación directa es lo que se camina en espacios autónomos a través de los sistemas creados: como el de educación, agricultura, justicia, comunicación y de salud. Con respecto a este último, se ha estructurado el Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ), en el cual la educación en salud, la construcción de infraestructura y el acompañamiento de las Bases de Apoyo Zapatista (BAZ) a promotores/as, educadores/as de salud es importante; así como la ampliación de dicho sistema con la vinculación que se ha generado con médicos indígenas: parteras/os; hueseras/os y hierberos/as; en el proyecto de salud encaminado desde hace más de diez años en los cinco caracoles zapatistas, el denominado proyecto de "Las Tres Áreas".

¹⁰ *Salud en manos del pueblo* es un ideario que ha acompañado hasta la actualidad a movimientos sociales étnico-políticos contemporáneos, como los que caminan Comunidades Eclesiales de Base (CEB's) en el estado de Tabasco, Veracruz (Pérez, 2010), Hidalgo (Matesanz, 1996), Oaxaca, Chiapas y Chihuahua creando redes de salud, donde el sistema de salud de los pueblos es base y sustento para organizar los trabajos de salud; así como en zonas autónomas zapatistas, donde se construye otro sistema de salud (Baronnet, 2009; González y Gamboa, 2010; López, 2011), donde los sistemas implicados: el académico-institucional como el propio de los pueblos, se han articulado para caminarsse a razón de seguir existiendo como pueblos.

generar procesos de conocimiento, dicho tema fue el *servicio social*; el cual, siendo ocupación y preocupación de universidades, principalmente de aquellas que pretenden responder a problemas sociales, políticos, culturales y económicos de nuestro país –como la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM); el Instituto Politécnico Nacional (IPN) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)-, a través de las relaciones establecidas entre lo académico-institucional, las problemáticas sociales en general y a quienes las viven (organizaciones, instituciones, pueblos indígenas-originarios, pueblos campesinos e individuos), como las concertaciones y acuerdos hechos con quienes generan el mercado de trabajo en nuestro país; todo ello en espacios rurales y urbanos. Instituciones preocupadas por la generación y divulgación de las ciencias, las cuales marcan ritmo y dan tonalidad a las relaciones socio-culturales, pedagógicas y epistemológicas construidas a través del ejercicio de la profesión de sus estudiantes y egresados. Asunto que va más allá de sólo “beneficiar a la población” con dicha labor o de regresar a la población parte de lo invertido en educación pública, sino interesa ¿qué vínculos se establecen? y si ello trastoca el cómo se enseña y qué se enseña en las universidades; ¿si se generan o no procesos de retorno de lo aprendido durante el servicio social de los estudiantes hacia las universidades que los formaron?, ¿podrían trastocarse las profesiones teniendo esto en consideración?

La experiencia pedagógica de SADEC, el espacio de intersección donde recrea su quehacer pedagógico actual permitió que emergieran estos temas y que se generaran más preguntas que respuestas. Algunas de estas, se mantuvieron latentes a lo largo del proceso de investigación de maestría: *¿bajo qué horizonte se construyen y recrean los conocimientos que se comparten en situaciones de formación en salud comunitaria?, ¿cómo se construyen dichos procesos?, ¿cómo se vive en voz de sus protagonistas?, ¿cómo se ejerce y se reflexiona el acto de conocer en la relación entre conocimientos y saberes médicos implicados en la formación en salud comunitaria?*

Si bien, se reconoce que la pedagogía puede dar cuenta del acontecer educativo (procesos de formación) en espacios y tiempos construidos por los sujetos y que, en marco de problemáticas sociales puntuales, permite preguntarse en torno *¿cómo construyen los sujetos formándose en salud comunitaria la relación entre conocimiento, saber y contexto histórico?, ¿la construcción de estos procesos permite la permanencia y recreación cultural?, ¿el análisis de estas relaciones puede interpelar a la enseñanza en las*

universidades y a la educación “formal” en general? La pedagogía al estar situada en el margen de las relaciones entre sujetos, entre pueblos, entre culturas, *¿puede nutrirse de formas otras de conocer, de compartir conocimientos, de recrear las culturas?*, y en el marco actual de movimientos sociales, indígenas y campesinos de nuestro país, *¿puede la pedagogía no ser prescriptiva para replantear la educación en las aulas, sus contenidos y formas de enseñanza?*, y por tanto *¿se puede generar otra práctica y otra acción educativa?*

Preguntas que han guiado camino y que han tendido puentes de continuidad y de búsqueda para querer comprender parte de esas realidades sociales complejas que interesan a nuestra disciplina. Al reconocer que es necesaria la reflexión y construcción de otras relaciones socio-culturales, educativas y pedagógicas en contextos actuales, no únicamente en el acontecer escolar sino, en otras *situaciones de formación o experiencias formativas*¹¹ de los sujetos fuera de la escuela, para percibir y reflexionar cómo se enseña, qué se enseña, cómo se aproxima o se reconstruyen conocimientos y saberes en pueblos de larga trayectoria histórica; quiénes acompañan el acto de conocer, cómo se configuran los sujetos implicados en dichos procesos de formación y, con este esfuerzo, retornar la mirada hacia la escuela.

Pueblos y comunidades indígenas que configuran a hombres y mujeres de conocimiento quienes, como sujetos pedagógicos, aproximan a otros-sí mismos a conocer el mundo que habitan y recrear las culturas para *seguir siendo pueblo* (para la permanencia y reproducción del grupo indígena). Antonio Paoli (2001) considera, en el caso de pueblos tzeltales, que es el *p'ijil winik* (hombre sabio) o la *p'ijil ants* (mujer sabia) quienes al poseer el *p'ij yo 'tan* (único su corazón) encuentran mañana para resolver las cosas y *aproximan* a otros (sus iguales en su ser como pueblo) en el acto de conocer; siendo las personas mayores, los abuelos y las abuelas, muchos de ellos en su ser y estar como médicos/as de los pueblos; como sabios de los pueblos, quienes dan consejo, extienden la palabra y acompañan a otros para *seguir siendo pueblo*, recreándose así como sujetos comunitarios que en su existir engarzan pasado, presente y futuro en una permanencia creativa de culturas donde se incluye lo necesario (terapéuticas, recursos, pensamientos, conceptos, representaciones) para recrear las culturas. Para Bonfil Batalla (1989) *seguir siendo pueblo*

¹¹ Términos-categorías-conceptos que enuncia Honore (1980) en *Para una Teoría de la formación*.

radica en que los pueblos sigan siendo ellos mismos en marco de su decisión de no renunciar a ser los protagonistas de su propia historia.

Estas reflexiones han estado latentes como resultado de *una mirada* en el proceso de investigación, la cual obedeció, si bien, al proceso mismo de indagación que se estaba generando y a los diálogos establecidos entre los protagonistas del trabajo, la investigadora y el objeto de estudio en construcción pero, también, estuvo condicionada a mi propia trayectoria de vida entre los pueblos indígenas tzeltales, bases de apoyo zapatista. El haber participado en experiencias formativas de promotoras de salud sexual y reproductiva en el año 2008 me permitió identificar imágenes (representaciones) de lo que estaba viviendo, con la idea siempre presente de escuchar, aprender y dialogar con las mujeres y hombres zapatistas lo que generó muchas más dudas que respuestas en torno mi formación universitaria, la razón social, política y ética de la pedagogía situada en marco del movimiento zapatista. El *haber estado ahí* me permitió reconocer mi propio andar y mirar caminos construidos con opción política, donde los sujetos implicados son protagonistas de su propia historia.

Esas dudas guiaron camino y permitieron la investigación que ahora se presenta como parte de mi trayectoria académica en la Maestría en Pedagogía en la UNAM y que, en principio, estuvieron dirigidas hacia las acciones educativas y construcciones pedagógicas de dos ONG's que colaboran con pueblos, comunidades y organizaciones indígenas y campesinas en la construcción de su proyecto de vida; con una trayectoria de más de 20 años, trabajo realizado desde los setenta y ochenta del siglo pasado en estados como Chiapas y Guerrero, Hidalgo, Puebla, Chihuahua, Veracruz y Oaxaca. Con el objetivo de *comprender su quehacer pedagógico en el ámbito de la formación en salud comunitaria*.¹²

¹² Si bien, la experiencia de las ONG's en el ámbito de la salud comunitaria, en procesos de formación, es diversa; sólo se tomaba en cuenta la participación de dos instituciones que han colaborado y acompañado los proyectos sociales construidos desde y con los pueblos indígenas. Intervenciones que pueden enmarcarse tanto en enfoques *asistencialistas* como en el enfoque de *cooperación colectiva* donde, en el primero, las regiones, pueblos, comunidades o grupos son objeto de proyectos de salud y, en los segundos – si bien, se inicia con trabajo asistencial, después, con la experiencia cotidiana y las *necesidades sentidas* de la población local sobre los problemas de salud y sus soluciones, el trabajo puede transformarse en una práctica de cooperación colectiva-, los involucrados se reconocen como *sujetos sociales e históricos* y el nivel de participación *transgrede* la visión del voluntarismo o de la extensión de servicios –característico de los programas de salud gubernamentales- y se coloca en el nivel de la toma de decisiones, la planeación y ejecución desde y con los pueblos, donde, los involucrados deciden qué, cómo y cuándo construir un trabajo

Ubicando como objeto de estudio: *la formación en la atención y acompañamiento al parto*. ¿Por qué desde este ámbito?, se consideró que es el proceso de parto un momento de vida en el cual se perciben vínculos socioculturales que dan cuenta de prácticas y referentes teórico-epistémicos y ontológicos de quienes lo viven y participan en él. Pues, es ahí donde se vierten concepciones de cuerpo, cuidado, salud y enfermedad, al igual, es ahí donde se materializan conocimientos, ideologías y habilidades en una práctica sustancial como lo es la partería y se establecen relaciones socio-culturales y pedagógicas importantes que marcan historias de vida y que quedan como huellas imborrables en los cuerpos de quienes lo viven.

Momento de vida donde emergen formas de entender el mundo ejemplificándose en una práctica social: *la partería*, la cual ha estado presente tanto en la configuración identitaria de nuestros pueblos indígenas originarios como en la enseñanza institucional de la obstetricia en nuestro país.

Centrándose en preguntas pedagógicas en torno formas de enseñanza, contenidos y relaciones educativas, pretendiendo caminar, para ese momento, un objetivo:

Analizar desde los ejes problematizadores: cuerpo, salud y enfermedad, las relaciones pedagógicas que se viven en la formación en la atención al parto del personal de salud comunitaria, centrada en la práctica pedagógica de dos ONG y su vínculo institucional con el sector salud.

Considerando que en dicha situación, en espacios indígenas-comunitarios, autónomos, rurales y urbanos se encuentran presentes y en tensión sistemas de salud, con sus modelos médicos (el biológico-cientificista-académico-institucional, el modelo *indígena tradicional* y el doméstico), que se constituyen de forma distinta y que se encuentran presentes en ese momento de vida (y de percepción de muerte) para mujeres indígenas o no, pobres, ante condiciones sociales de vida y de negación que nos hace, por el

en salud, el cual, puede conformarse en un sistema o una red local de salud comunitaria (ejemplos en nuestro país son los trabajos del Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas, PSCMC a mitad de la década de los ochenta del siglo pasado y la intervención médico-pedagógica de SADEC y del Centro Nacional de Misiones Indígenas, CENAMI, actualmente. (López, 2011)

hecho de ser madres presentar niveles de “riesgo materno”, distintos éstos a razón de la condición social, cultural (étnica) y económica.¹³

Justificación que centró espacios, sujetos y formas de acercamiento para comprender la implicación pedagógica al pensar cómo se prepara el personal de salud comunitaria, qué procesos educativos se generan en la enseñanza de la atención y acompañamiento al parto; cómo se configuran los sujetos y qué prácticas sociales se construyen. Todo ello a través de la intervención de dos ONG’s que se reconocen como sujetos sociales y caminan con otros sujetos –con quienes colaboran-. ¿Qué se comparte y cómo se acompaña a promotores/as, a educadores de salud y parteras en la atención, apoyo y acompañamiento del parto, bajo qué horizontes de pensamiento?; ¿cómo se construyen o re-significan sus metodologías de enseñanza?; ¿qué relaciones pedagógicas y socio-culturales se caminan?, ¿cómo se construyen dichas relaciones? Para llegar a identificar las relaciones pedagógicas configuradas entre quienes se forman en intersecciones de dos modelos de salud, entre dos formas de comprensión del mundo: el académico institucional y el *sistema propio de los pueblos*.

Preguntas y reflexiones que pretendieron ser extendidas, en retorno, hacia ámbitos académicos de instituciones escolares en la enseñanza en salud y la enseñanza de los cuidados. Lo cual llevaría, necesariamente a un espacio de llegada: *procesos de enseñanza y aprendizaje de una especialidad médica en contextos indígenas* y, por tanto, centrar la mirada en: ¿cómo comparten sus conocimientos parteras comunitarias en nuestro país?

Punto de llegada que situó al investigador en el punto final de todo el trabajo de indagación. Haber identificado como objeto de conocimiento a los PROCESOS DE FORMACIÓN y a los sujetos implicados como INTERLOCUTORES que marcan ritmo y tiempo de realización. Además, el acercamiento hecho hasta ese momento con quienes históricamente han ejercido la partería: *parteras de los pueblos* y, por el afán de crear

¹³ La muerte materna en nuestro país posee rostro y cuerpo. Es ésta una problemática de salud, cuyo análisis implica lo social, político, cultural y económico, la cual, está presente a nivel nacional, registrándose altos índices en estados de mayor marginación y de predominancia indígena (Guerrero, Oaxaca, Chiapas) – aunque no sea exclusivo en estos-; de ahí que algunas analistas del tema consideren el rostro de la muerte materna como un rostro de mujer-indígena-pobre e incluso de *riesgo generacional*, como lo plantea Graciela Freyermuth (2003) en *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó*, en el análisis de muertes maternas en zona tzotzil de los Altos del estado de Chiapas. La muerte materna es uno de los indicadores de situación social, política y económica de un país; y es un eje importante de discusión en grupos, colectivos y asociaciones que se manifiestan en contra de la problemática y han generado acciones de seguimiento a la atención obstétrica en instituciones de salud pública.

relaciones sociales y epistémicas otras durante el proceso de investigación, alimentado por los seminarios de reflexión durante el posgrado en la universidad y las sugerencias hechas por mi tutora, es que se optó por *girar* y colocar la investigación desde otro escenario: en el *hacer y reflexionar de las propias parteras comunitarias*, desde ellas y no hacia ellas, centrando el interés en: *¿cómo ellas acompañan procesos de sanación?*, *¿cuáles han sido las acciones educativas que han construido?*, y *¿cómo construyen sus conocimientos médicos y su práctica pedagógica en las formas de enseñanza de su especialidad médica y de los cuidados?* Mujeres de conocimiento implicadas en la formación de personal de salud comunitaria: promotores de salud, educadores de salud y médicos universitarios.

Giro que provocó la reestructuración de la investigación colocando la atención en torno: *conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias* para, con ello, identificar modos de hacer y pensar la educación y la salud desde el hacer y pensar de pueblos indígenas, principalmente de quienes son reconocidos como mujeres y hombres sabios de las comunidades. Hacer y pensar la educación y la salud en el ejercicio de la partería en marco de una complejidad social hoy matizada, desde el acontecer actual, con movimientos de reivindicación étnica y defensa de los territorios, así como de la construcción creativa de estrategias de permanencia para dar continuidad a las culturas de los grupos étnicos.

Parteras que ejercen una práctica sociocultural de larga trayectoria histórica y que han decidido compartir su formación para permanecer y *seguir siendo pueblo*, y continuar con la permanencia de los *sistemas de salud propios de los pueblos*. Mujeres, madres, abuelas, esposas, trabajadoras quienes deciden y optan por complementar lo aprehendido (hecho cuerpo) para acompañar a otras mujeres en su proceso materno, mujeres que acompañan la vida y el estar-siendo de pueblos indígenas. Mujeres-parteras que reconocen que la partería puede ser compartida.

Lo que llevó a nombrar esta investigación como:

Conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias. Una aproximación etnográfica

Ubicando así, sujetos sociales: *parteras*, un objeto de estudio: *conocimientos pedagógicos*, un tipo de estudio: *etnográfico* y un método de posibilidad creadora: *el relato de vida*. Todo ello con la certeza de ser caminado en dos espacios: Valles Centrales del

estado de Oaxaca, y la subregión de Marqués de Comillas, hoy representada por dos municipios de la región Maya en el estado de Chiapas. ¿Por qué específicamente en estos espacios?, como resultado de la investigación anterior y por conocer que existen en dichos espacios experiencias educativas y pedagógicas que han permitido la organización de parteras ante problemáticas puntuales de salud en sus pueblos y regiones; y porque en ambos estados se han implementado políticas y programas gubernamentales para el “adiestramiento” y “capacitación” de personal comunitario de salud, muchos de ellos dirigidos a parteras indígenas. Además, porque Chiapas y Oaxaca son estados que, situados ante una riqueza cultural, biológica y energética sin igual, manifiestan problemáticas puntuales de gran interés: índice alto de muerte materna, de marginación y pobreza.

Por estas razones se eligieron ambos estados y dos regiones de éstos, los cuales son espacios de movilidad de nuestras interlocutoras: *Agustina*, quien ejerce en los Valles Centrales de Oaxaca y *Mary* quien reside, si bien, en el municipio Benemérito de las Américas pero mantiene un vínculo histórico con lo que fue la subregión de Marqués de Comillas, en el estado de Chiapas, a través de la experiencia de formación que la hizo reafirmar-se como partera comunitaria.¹⁴ Ambas *parteras de los pueblos* que caminan en un continuo seguir-siendo, re-configurándose en el ejercicio de su práctica socio-cultural de larga trayectoria histórica.

Investigación que se construyó con el propósito de identificar *formas distintas de hacer y pensar la educación (formación) desde experiencias de vida de sujetos pedagógicos en espacios comunitarios indígenas*.

Para este estudio el propósito metodológico no versó en explicitar experiencias pedagógicas desde historias particulares de dos parteras; sino entrelazar hilos-base –el dato etnográfico con su lectura histórico-política desde el relato de vida- para configurar una trama y hacer posible la reflexión pedagógica en torno *qué se enseña y cómo se enseña en salud* desde el propio hacer y pensar de los pueblos y, con ello, en la posibilidad de *mostrar-nos* que existen *formas otras de comprender el mundo, de acercarse al conocer y*

¹⁴ Cabe mencionar que la subregión de Marqués de Comillas fue considerada en mayo de 2011, por el entonces gobernador del estado Juan Sabines, como parte de la región Maya -antes de ello, pertenecía a lo que se consideró como Región Selva, asignada al municipio de Ocosingo-. Ya dicha subregión fue parte de la remunicipalización oficial que se llevó a cabo en 1999, de la cual se formaron dos municipios: *Benemérito de las Américas* y *el de Marqués de Comillas*. Benemérito de las Américas es el municipio en que Mary desarrolla su labor así como en el municipio de Ocosingo.

de construir conocimientos; de vivir, hacer y reflexionar la educación, es decir, maneras otras de re-crear las prácticas culturales, es decir, de recrear la vida.

Lo que exigió un esfuerzo de análisis no sólo para reconstruir o sistematizar experiencias educativas basadas en información etnográfica o en la reconstrucción de narrativas con base en relatos de vida; sino, provocar un nudo articulador, entre fragmentos significativos de vida, juegos de sentido, razones histórico-políticas de una práctica social ancestral que se actualiza, así como entre discursos que enuncian procesos históricos más amplios y presentar, como *momentos-huella*, fotografías históricas singulares en la que se dinamizan fragmentos, si bien de la historia singular de cada partera también fragmentos de la historia socio-política de una nación.

Esa fue la apuesta, caminar con la esperanza de colocarse en la posibilidad de *camino de reconocimiento*, en la legitimación de conocimientos y saberes propios de pueblos indígenas y de quienes los caminan como hombres y mujeres de conocimiento capaces de enseñar en las universidades y sus saberes y prácticas médico-pedagógicas como ejes metodológicos y de contenido en procesos de enseñanza y aprendizaje, y no únicamente como folklor que se anuncia al tratar únicamente un aprendizaje técnico de terapias y uso y preparación de medicamentos naturales; sino “ir más allá” caminar hacia su posibilidad epistemológica, *tocando el futuro desde el lado de acá* (Bhabha, 2002).

¡Claro!, siempre en concertación y reconocimiento mutuo de las sociedades implicadas.

...lo ideal sería acá que ellos [los médicos] aceptaran también ese compartir...

Agustina, 2012.

Lo que nos lleva a pensar-nos en el arduo trabajo que es la investigación social, para alimentar las disciplinas y prepararnos en el reencuentro con temáticas de estudio que le atañen a la pedagogía: *procesos de formación en salud comunitaria desde la educación propia* de pueblos indígenas y sus organizaciones –construyendo vínculos de análisis con la educación popular presente en la dinámica social de pueblos organizados-, con la pretensión de retornar la mirada a la escuela y problematizar, con estos referentes, a la *educación escolar en general*, a la *formación de personal de salud* y al *estudio de los cuidados* en particular.

Dibujando grietas: el cuerpo del tejido

Para presentar la práctica pedagógica de *Agustina* y *Mary* hubo que hacer uso de una metáfora: *el tejido*, con lo cual se pudo ir representando las imágenes de los textos que iban emergiendo a lo largo del proceso de investigación, cada paso fue importante, cada pausa y cada movimiento. Tejido que permitió tender hilos-base (URDIMBRE) con los cuales se elaboró la problematización, contextualización y presentación del objeto de estudio partiendo del textos que presentaban en su relato de vida Agustina y Mary, con los cuales pudo realizarse el abordaje pedagógico de manera explícita y representar, con ello, los hilos de la TRAMA.

En el *primer capítulo* se desarrolla el camino metodológico, cómo emerge el problema social de interés para la pedagogía, la apuesta epistemológica y los recursos metodológicos para alcanzar los objetivos de la investigación; así como, los estudios relacionados a la temática de interés y que permitieron perfilar los referentes conceptuales para el abordaje sistemático y analítico del objeto de estudio.

En el *segundo capítulo* se presenta el primer momento de la URDIMBRE: *el escenario*; contexto histórico y político en que se sitúa la formación de parteras indígenas tradicionales en nuestro país, un cruce complejo donde emergen relaciones de poder entre pueblos indígenas e instituciones de Estado y las construcciones sociales hechas desde sectores de la sociedad organizada para resolver problemas locales de salud, una salud que se vive colectiva, una salud que no se centra sólo en la ausencia de enfermedad; donde la formación de personal constituye un mecanismo que posibilita la recreación cultural y civilizatoria. Una complejidad donde se sitúan las maneras de enseñar y de aprender una práctica cultural de larga trayectoria histórica.

El *tercer capítulo* representa la segunda parte del tejido, el fragmento medular del trabajo de investigación, pues, una vez colocado el escenario, se optó por presentar a los sujetos protagonistas de esta historia, centrando no trayectos de vida sino a través de momentos huella e indicios mostrar partes importantes del proceso de formación de Agustina y Mary, con lo que se completaría el panorama para perfilar la reflexión pedagógica. A través de la pregunta ¿cómo se hicieron parteras?, se hizo posible el fluir del relato que, estructurado en momentos huella y engarzados con pinceladas de historia

regional y nacional, permitió una lectura situada y una descripción del objeto de estudio a tratar.

En el *cuarto capítulo* se muestra de manera sintética la mirada pedagógica que, si bien, fue dándose a lo largo de todo el proceso de investigación, en este apartado se aborda el proceso de formación y las maneras de compartir de ambas parteras, que son ejemplo del horizonte cultural que sustentan y de las alternativas que construyen, con el afán de recrear su práctica y, con ella, recrear las propias culturas no sólo de su pueblo de origen sino de los pueblos indígenas en general. Un afán de formarse continuamente y formar a otros con el propósito de acompañar los procesos maternos de manera segura y exitosa.

En el *quinto capítulo* se pretende retornar la mirada a los espacios escolares, ¿qué enseñanza deja el proceder educativo y médico de ambas parteras?, eso se expresa en este último apartado, además, de dar respuesta a las preguntas y supuestos de investigación y, con ello, presentar un cierre necesario para seguir indagando.

Capítulo 1. EL TEJIDO. El andar metodológico

Elaborar un tejido implica elegir la textura y el grosor de los hilos, tomar en cuenta lo disponible y buscar lo necesario para representar lo imaginado, una imagen que se muestra en principio imprecisa pero que, con el trayecto del movimiento y el trazo, va adquiriendo formas y figuras diversas.

Elizabeth López

En el caminar de la investigación los caminos se hacen y re-hacen en el andar del caminante, con regresos y avances, con cambios y afirmaciones, con intención, convicción y compromiso. Tejido que sólo representa una mirada, una lectura, una aproximación, una fotografía.

Camino de búsqueda, inquietos por indagar problemas sociales con la pretensión de hacer inteligibles procesos de formación que se construyen, relaciones sociales que se generan, prácticas culturales que se recrean así como identidades que se configuran en marco de opciones y proyectos de vida. Es decir, si bien, la atención se coloca en la construcción de procesos de formación, interesan los sujetos formándose junto con otros en una praxis transformadora de las sociedades que habitan; comprender ese acontecer, sus vicisitudes, aristas y quiebres es la misión, con el propósito de de-construir nudos y posibilitar reflexiones pedagógicas desde un horizonte “no prescriptivo” que implique el reconocimiento y re-creación de *experiencias otras en educación*.

Sujetos que *formando-se* en el existir, habitan espacios de interrelación imbricado en condiciones históricas, sociales, culturales y políticas donde se recrean las identidades, emergen las diferencias y se movilizan prácticas culturales que cobran sentido en marco de vidas situadas.¹⁵

Aproximarnos a ese espacio es un reto que, para hacer una lectura de lo social desde la mirada pedagógica, exige establecer vínculos con otras disciplinas para aproximarse a la comprensión de su objeto de estudio: *la educación*, como base-sostén de proyectos civilizatorios de culturas distintas.

¹⁵ Cualquier estudio pedagógico no puede dejar de lado su base contextual, la cual no versa en la enunciación y descripción de datos socio-demográficos y culturales engarzados al objeto de estudio, sino en su nudo articulador con el cual, se puedan entender fenómenos educativos en particular y problemáticas sociales en general (situados en su dinámica estructural). Si bien, esta consideración dista enormemente sobre el *contextualismo radical*, al que hace referencia Grossberg (2009) en torno los estudios culturales, sin embargo, es un arduo trabajo que ha brindado firmeza en la construcción del objeto de estudio.

El presente capítulo ofrece al lector el camino metodológico construido, desde la percepción del objeto de estudio a través del planteamiento del problema; la apuesta epistemológica con la mirada etnográfica; hasta la presentación del relato de vida como método. Manera de proceder que permitió perfilar el análisis de esta investigación.

Una construcción que viene a conformar la parte del movimiento y el trazo del tejido, es decir, la parte que brinda movimiento y tensa los hilos que permite representar fragmentos de vida que muestran procesos de formación de dos parteras comunitarias en nuestro país.

El problema: formación de parteras comunitarias

Los *problemas* se relacionan con materias que trascienden del ambiente local del individuo y del ámbito de su vida interior. Tienen que ver con la organización de muchos ambientes dentro de las instituciones de una sociedad histórica en su conjunto, con las maneras en que diferentes medios se implican e interpenetran para formar la estructura más amplia de la vida social e histórica. Un problema es un asunto público [...]

Mills (2003)

Un problema se presenta como algo que se debe resolver, encontrar una solución.

Knobel y Lankshear (2001)

¿Cómo pasar de un interés personal a un problema social y pedagógico en particular?

Reconocer el objeto de estudio en su espacio de movilidad es percibir su margen-frontera que lo delimita, la intersección que lo sitúa y lo enmarca en su condición socio-histórica, política y cultural y, una vez, admirado ello –contando con el mecanismo metodológico que permita su construcción- perfilar hilos-base para dinamizarlo en su contextualidad contemporánea.

El objeto de estudio, punto de arranque y de llegada, de este trabajo se enuncia como: *conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias*¹⁶, que implica: procesos de

¹⁶ Parteras comunitarias en el sentido de su participación social activa en espacios próximos. Son ellas quienes permiten, a través del ejercicio de su práctica médica y educativa, re-crear y re-producir ámbitos comunitarios creando vínculos entre las madres a quienes acompañan, los recién nacidos, su familia y su pueblo (grupo étnico). Si bien, como parte de una dinámica sociocultural precisa, ellas son partícipes de los *ejes fundamentales* o *los horcones comunitarios* (categoría social) a través de los cuales re-crean las culturas de pueblos indígenas. El Centro Nacional de Misiones Indígenas (CENAMI) distingue a dichos horcones comunitarios como: *territorio, trabajo común, fiestas, asambleas y autoridades propias* (CENAMI, 2012).

configuración identitaria (hacer-se partera) –donde se movilizan identidades étnicas-, procesos de recreación socio-cultural, a través del ejercicio de una práctica médica especializada –la partería es la síntesis de referentes culturales y terapéuticos y ejemplo de una práctica cultural apropiada-; implicando en ello, procesos de construcción sociocultural de conocimientos y maneras de compartir (enseñar) condicionados por procesos históricos y políticos más amplios.

Es decir, *¿cómo se configuran especialistas en medicina indígena a través de la producción y recreación cultural de sus grupos étnicos en la actualidad, reconociendo la presencia y re-creación de estrategias educativas (y principios pedagógicos) engarzados en relaciones interculturales?*

En la lectura-construcción de este objeto de estudio se encuentran presentes intervenciones indigenistas operadas a través de instituciones de Estado, con políticas públicas y programas sociales con legitimidad oficial pero, también -desde finales de los años 60's del siglo XX hasta la actualidad- construcciones sociales de base a través de la participación social de sectores organizados de la población, donde la organización de pueblos indígenas es importante. Es decir, un objeto de estudio que se moviliza entre procesos *educativos propios* –generados y recreados desde pueblos indígenas-, una *educación institucionalizada* (capacitaciones y formación inicial) y una *educación popular* donde la participación social activa y la socialización del conocimiento son elementos imprescindibles que, en síntesis para este estudio, se expresan en la experiencia de vida de dos parteras comunitarias.

Procesos que, por sí solos, configuran cierto tipo de sujetos y prácticas socioculturales pero, reunidos ellos, producen singularidades que, como la de Mary o la de Agustina, representan una oportunidad para admirar no sólo proyecciones históricas precisas, sino permiten una problematización pedagógica sustentada y fundamentada desde una lógica histórico-política accediendo a su trayectoria de vida y práctica social. Es decir, a través de *momentos-huella* de historia personal gestar una aproximación a procesos históricos implicados en la configuración de una región, de un país y, con base en ello, pretender una lectura pedagógica (con sus tensiones, aristas y quiebres) con el fin de sistematizar acciones educativas que muestren horizontes de entendimiento distinto.

Dos parteras con más de 30 años de ejercicio médico cuya *formación continua* representa una posibilidad de acompañamiento y apoyo seguro a mujeres en su maternidad –y no sólo-, pues, también apoyan a hombres –niños, jóvenes y adultos-, así como a otras mujeres en procesos de sanación y consejería familiar o comunitaria pero manteniendo, como principal impulso de acción médica y educativa *el acompañamiento al proceso materno*.

Procesos de formación donde se conjuga tanto la representación y la vivencia de la salud, la enfermedad, la vida y la muerte y las maneras de cómo hacer frente a procesos de equilibrio-desequilibrio; como también, las formas de acercarse, construir y compartir conocimientos.

Ámbitos complejos de existencia que pueden ser abordados desde experiencias de vida singular y que figuraron como puntos de arranque y posibilidad de dirección en el trabajo de investigación.

Veamos:

Durante el siglo XX la formación de parteras figuró como *adiestramiento, entrenamiento y capacitación* -en el ámbito de la instrucción- con respecto a la atención del embarazo, parto y puerperio; considerándolas, junto con la herbolaria, como ‘un recurso comunitario para la salud’ haciendo extensiva dicha instrucción en la década de los setenta.¹⁷

Años antes, en la década de los cincuenta, con la institucionalización del indigenismo en nuestro país, ante la pretendida integración de la población indígena al “desarrollo” y al progreso de la nación, se creó como mecanismo de ‘cambio cultural’ la configuración de “nuevos” sujetos que lo hicieran posible, de ahí que jóvenes indígenas (que como líderes comunitarios a razón de su formación en la escuela rural), figuraron como actores importantes de esa historia. Gonzalo Aguirre Beltrán (1955) mencionó algunas consideraciones al respecto, con base en el trabajo de los Centros Coordinadores

¹⁷ Que con Aguirre Beltrán en la dirección del INI, durante el sexenio de Luis Echeverría Álvarez la capacitación institucional a parteras se extendió (1973) y, al extender el IMSS sus servicios a población abierta, coordinó con el INI parte de estas capacitaciones. Con López Portillo y con Ignacio Ovalle como director del INI, se hizo un replanteamiento al lenguaje indigenista (etnopolulismo) y se reimpulsaron las acciones del INI, se construyeron más Centros Coordinadores Indigenistas (llegado a conformarse 11 sólo en el estado de Chiapas), “reconociendo” de cierta manera la medicina tradicional y los recursos locales de salud para extender la Atención Primaria de Salud (APS).

Indigenistas (CCI) del estado de Chiapas. Refirió que, los terapeutas indígenas en ejercicio (gente mayor, con años de experiencia, elegidos o formados en principios y dinámicas socioculturales propias), podían ser entrenados si radicaban en medio urbano –mientras la población aceptaba las normas y beneficios de la medicina científica y se generaban los mecanismos de sustitución- pero que, en comunidades indígenas rurales, parteras y curanderos no podían ser capacitados, salvo algunas excepciones, debido –escribió- *al arraigo de sus creencias y patrones de acción médica a razón de su sistema mágico-religioso firmemente integrado* (Aguirre Beltrán, 1994); explicación a la que adicionaba la dificultad de acceso a sus localidades.

Ante ello, resultó conveniente para la política pública federal la configuración de nuevos agentes como promotores y técnicos de salud para coadyuvar a las modificaciones culturales que se pretendían, por lo cual, se identificaron a personas jóvenes reconocidas por sus comunidades –en su mayoría hombres¹⁸- quienes, sin manejar aún la sabiduría de los ancianos, impulsarían el “cambio cultural” requerido, ya que, ante *la ausencia de conocimientos especializados mágico-tradicionales* se facilitaba *el condicionamiento de una conducta higiénica racional y el entrenamiento [...] en las ideas y prácticas de la medicina científica.* (Aguirre Beltrán, 1994: 44)

Durante la institucionalización del indigenismo la *medicina tradicional*, fue reconocida en estudios antropológicos como un sistema simbólico de prácticas y conocimientos ejercidos por ciertos especialistas de grupos étnicos caracterizando a su cosmovisión como “mágico-religiosa”, un rasgo de diferenciación y comparación con el pensamiento “racional-cientificista”, que la hacía no figurar en ámbitos legitimados de enseñanza, ya que en estos espacios regía el sustento racional y positivista de la medicina; sin embargo, indirectamente se reconocía a la medicina indígena debido al uso que de ella hacían vastos sectores de la población mexicana y que siguen haciendo hoy en día, aunque la medicina institucional se haya colocado como parámetro y medida en la atención oficial de la salud. Medicina institucional cuya posición *paralela* a la medicina tradicional

¹⁸ Ya con el trabajo de la educación rural, se fueron formando líderes de comunidades, si bien, no propiamente originarios de ellas pero si arraigados y comprometidos con ellas; trabajo que cobró fuerza con el ideario e intervenciones de Rafael Ramírez y Narciso Bassols durante la administración cardenista.

indígena en tiempos de la colonia, se fue colocando como referente único de “veracidad científica” en la configuración de la nación mexicana.

En tiempos de Othón de Mendizábal, se generó la antropología médica como asignatura en la formación inicial de médicos rurales (1938), para estudiar desde esta manera los modos de vida del campesino y del indígena mexicano.¹⁹

Asunto que hace concluir que, fue de gran interés la labor de la partera indígena-rural y la herbolaria mexicana, como instrumentos de extensión e introducción de proyectos imaginarios de nación y, más recientemente, de gran interés para farmacéuticas (neocolonizadores) transnacionales (y no las parteras como tales sino los conocimientos que ellas sintetizan en sus prácticas y discursos socio-culturales).

La atención colocada en torno la capacitación de parteras (que fueron identificadas como comadres, ‘rinconeras’, parteras rurales, empíricas, tradicionales), llevo a la creación de cursos y centros de instrucción con la intención de “convertirlas”, con “bases científicas” en ‘promotoras de salud’ o ‘personal paramédico’ y pilares de la *medicina rural* (Pérez, 1975), o en su caso, como ‘auxiliares de salud’ para el primer nivel de atención o, actualmente como ‘parteras rurales voluntarias’ y miembros de las redes comunitarias de salud.

Participaron en aquellas acciones educativas, diversas instancias gubernamentales, entre ellas: la Escuela de Salud Pública, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Cruz Roja Mexicana, el Instituto Nacional de Nutrición, el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, la Confederación Nacional Campesina (CNC) y la Secretaría de Educación Pública (SEP). Por ejemplo, al término de los cursos el Instituto Nacional de Protección a la Infancia dotaba a cada partera de un maletín que contenía: bata, cubreboca, tocado y equipo para demostraciones nutricionales, así como una constancia del curso y una credencial que las acreditaba como promotoras de salud. (Pérez, 1975)

Capacitaciones en las cuales la medicina biológico-cientificista se impuso y se pretendieron cambiar algunas de las prácticas médicas de las parteras, a favor de: la posición horizontal del parto, el corte inmediato del cordón umbilical, la poca participación

¹⁹ En 1938 nace la antropología médica. Para Miguel Othón de Mendizábal *los médicos encargados de implementar las innovaciones de la medicina científica [debían] ser adiestrados con especificidad en el conocimiento de la vida campesina y, para ello, en el plan de estudios de la Escuela de Medicina Rural [figuró] como materia básica la antropología, aplicada al análisis de los problemas rurales e indígenas de México.* (Aguirre Beltrán, 1994: 7) [Subrayado mío]

de la familia en el parto, el no usar plantas medicinales y el favorecimiento de la inducción del parto, la reducción de baños posparto (temascal) y en general, el parto medicalizado y realizado en espacios clínicos. Imposiciones en ocasiones no sustentadas con base científica, sino guiadas por estereotipos y supuestos del personal de salud e intelectuales del área médica; y que, en su momento, estuvieron presentes en la formación inicial de parteras diplomadas, examinadas y profesionales en nuestro país (cfr. Carrillo Ana María, 1999).

En la entrevista realizada a Efigenia Olvera, partera capacitada que asistió a los cursos en esa década, se perciben los cambios culturales que se estaban propiciando:

Antes las señoras se aliviaban hincadas. Se tiraban un petate en el suelo y se cubría con papel periódico y trapos limpios. Encima se arrodillaba la enferma y se le daba un té de yerbabuena con canela para calentarla (apresurar el alumbramiento); el esposo la detenía por atrás de la cintura y cuando yo le decía apretaba para ayudar. Ahora las enfermas se acuestan en la cama, o si no [se] tienden, en el suelo, en un petate. Pero todavía hay muchas que son necias y prefieren estar hincadas, pero yo les digo que si no se acuestan no las atiendo, para que me hagan caso, los esposos ya casi no entran a los partos, ahora las señoras se agarran de sus propias piernas (muslos). Cuando están acostadas, algunos esposos las detienen por delante. (Pérez, 1975: 42) [Subrayado mío]

Cosminsky (1977) explica que uno de los cambios ocurridos por la difusión de la medicina moderna fue, precisamente, la posición horizontal del parto:

En el norte de México las comadronas dicen que han cambiado por la insistencia de los médicos y de las comadronas instruidas (Kelly, 1965) y prácticamente todas las mujeres dan a luz en la posición horizontal. (Cosminsky, 1977: 315)

Transformaciones que fueron colocándose como parte de procedimientos de rutina en el sector salud y, con ello, como práctica médica y de formación de profesionistas de la salud. Una posición de parir que hoy se cuestiona ante las dificultades que conlleva para la mujer y su bebé. Menéndez y Cervera (2002: 130) en la investigación que realizaron en torno la diferenciación en la atención del parto del sistema institucional con el sistema indígena, mencionan que la posición horizontal del parto o de litotomía *‘se utiliza por comodidad del médico, [y que ésta] favorece la aparición de desgarros perinatales, además [tiene] efectos negativos sobre la ventilación pulmonar y la presión sanguínea de*

la madre'. La mujer acostada con sus piernas colgadas está en la posición ideal que favorece, para quien la atiende, resolver cualquier complicación, efectuar (por rutina) intervenciones obstétricas y conservar pautas de esterilidad. Sin embargo, es una posición que puede provocar complicaciones durante el parto, además, porque no favorece la oxigenación del bebé y la salida inmediata de la placenta.

Parteras indígenas recomiendan las posiciones tradicionales del parto a las mujeres gestantes, como por ejemplo: el parto en cuclillas o sentadas en las piernas de su esposo y sostenida por él o haciendo uso de dispositivos que las mantienen seguras y brindan posibilidad de que ellas ejerzan la fuerza requerida (como el uso de una hamaca o una liana para sostenerse). Posiciones que resultan incómodas para personal médico y enfermeras, por lo cual no se cuestiona el uso de la cama obstétrica o 'silla de parir'. Todas las posturas en que las parturientas tenían que estar en una situación vertical, los médicos se proclamaron en favor de la posición de decúbito supino (Carrillo, 1999).

La posición vertical del parto es una de las posiciones que puede ser usada por mujeres indígenas, considerando a esta decisión como ámbito íntimo de las mujeres, situación que se respeta y recomienda por algunas *parteras indígenas*, parteras capacitadas y parteras profesionales.

También, en los setenta, la función institucional dirigida hacia la labor de la partera se fue modificando, de "convertirla" en promotora de salud a considerarla como un *recurso de salud comunitaria* para instrumentar el desarrollo de programas sociales y de salud en medio indígena y rural, basado en una POLÍTICA de control DEMOGRÁFICO, adiestrando a parteras en el uso de métodos de planificación familiar y en la promoción de la salud.²⁰

Posteriormente a finales de esa década, con el ejemplo de los *médicos descalzos*, la OMS postuló el reconocimiento de las medicinas tradicionales como estrategia para hacer frente a la asistencia en salud: *salud para todos en el año 2000* a través de la Atención

²⁰ Se consideró que el subdesarrollo de países del Tercer mundo se debía al incremento constante de su población, ya que, Robert McNamara en su tiempo consideró que la explosión demográfica constituía *el mayor obstáculo para el progreso de América Latina* y anunció que el Banco Mundial [daría] *prioridad, en sus préstamos, a los países que [aplicaran] planes para el control de la natalidad*, la consigna fue: *convencer a los pobres de que la pobreza es el resultado de los hijos que no se evitan y poner un dique al avance de la furia de las masas en movimiento y rebelión*. Ante ello, reflexiona Eduardo Galeano (2006) que: *en América Latina resulta más higiénico y eficaz matar a los guerrilleros en los úteros que en las sierras o en las calles*. (Galeano, 2006: 20-21) [negritas mías]

Primaria a la Salud (APS), donde los terapeutas indígenas y su medicina –centrando en las parteras y la herbolaria- se consideraron como ‘un recurso para la salud’ y que, para el caso de la herbolaria a reserva de su comprobación y, con los terapeutas indígenas, por su injerencia y papel fundamental que tenían en la vida comunitaria; para que con dichos “recursos” se extendiera la APS en comunidades rurales e indígenas alejadas de centros urbanos, situación que abunda en la geopolítica de países en desarrollo.

Paralelo a esto, y por los debates internacionales que a mitad de esos años se dieron en torno los derechos humanos, en México algunos intelectuales se colocaron en favor de una política de respeto y estímulo al pluralismo étnico, se replanteó el lenguaje indigenista en el discurso oficial y se empezaron a manejar conceptos como: indigenismo participativo, etnodesarrollo y federación de nacionalidades pero que, en la práctica ello distaba de materializarse (Bonfil, 1989).

Pero que permitió algunas condiciones para una participación activa de líderes, intelectuales u organizaciones pertenecientes a grupos étnicos de nuestro país, tomando un papel protagónico que los llevó a generar encuentros y reuniones, muchas veces, acompañados por miembros de una Iglesia de base –que en 1968 declaró su opción por los pobres- o apoyados por el INI, lo que mostró posibilidad a lo étnico, colocándose como centro para movimientos indígenas que ya no sólo demandaban tierras sino, además, medios de producción, comercialización y defensa de sus recursos naturales.

Lo que generó desde inicios de los años ochenta hasta la actualidad, experiencias en educación y salud en torno la formación de personal de salud de las comunidades así como la formación de redes de salud –o más recientemente de otros sistemas de salud- donde la visión hacia la medicina indígena y tradicional se ubicó entre elementos culturales sintetizados por pueblos indígenas (tradiciones de otras culturas como la española y la africana, además de la inclusión de otras terapias alternativas) y sus formas de recreación; matizado ello por la mirada asistencial de sectores de la sociedad civil o de quienes pretendieron construir en colaboración una *salud en manos del pueblo* teniendo como fundamento la *educación popular*.

Para la mirada institucional-gubernamental formar (capacitar) parteras hoy en día se sitúa como una estrategia para resolver problemas públicos de salud, considerando la labor de la partera tradicional, de la partera capacitada y la partera profesional fundamental para

realizar la extensión de los servicios de salud principalmente en zonas rurales y marginadas de nuestro país; con la pretensión de ser esto una opción para la prevención de la *muerte materna* en México o justificación de un pretendido reconocimiento a las habilidades y conocimientos de la medicina indígena, mostrando con esto una visión intercultural de la salud enajenando así recursos culturales heredados de los grupos étnicos.

Formación de parteras comunitarias que tiende hilos y los tensa al estar implicada en relaciones conflictivas, en imposiciones culturales, en la configuración de prácticas médicas en torno la salud de la mujer y la resolución de su embarazo, parto y puerperio, imponiendo una manera de entender el cuerpo, de acercarse al conocer y construir conocimientos, de legitimar conocimientos y saberes en espacios de formación conllevando a la negación de maneras otras de entender y vivir con el mundo en el reconocimiento mutuo de culturas distintas.

Formación que ha estado presente históricamente en nuestro país, sin embargo, son pocos los análisis pedagógicos de dichas acciones. Merece mencionarse estudios antropológicos realizados por Isabel Kelly a mitad del siglo XX (1955), quien, a solicitud de la OMS, realizó un estudio sobre *parteras rurales* en México, haciendo algunas observaciones con respecto a su formación. Ella resaltó puntos importantes a considerar para su uso estratégico en programas de gobierno, al reconocer la función social de dichas parteras en el tejido comunitario. En dicho trabajo menciona Kelly que la partera requiere ayuda en:

a) el conocimiento de los principios fundamentales de la higiene, que con frecuencia desconoce por completo; b) en la orientación respecto a los consejos y atenciones que debe dar antes y después del parto; y c) en el reconocimiento de los casos que se encuentran más allá de sus facultades, los que, de ser posibles, deben ser turnados a un médico. (Kelly, 1955: 110).

Un “adiestramiento formal” en el cual se debía conocer tanto la situación cultural local para considerar tres ejes fundamentales de intervención:

1. *Conveniencia de evitar conflicto innecesario con los patrones culturales existentes*: con respecto al uso de los hospitales, la disposición de la placenta, la disposición del tamaño del corte del cordón umbilical y su disposición final; con respecto a la alimentación (uso de alimentos fríos y calientes) y el baño postnatal [baño en temascal].

2. *Aprovechamiento de la cultura local.*

3. *Descubrimiento de prácticas corrientes que deben combatirse.* Como por ejemplo: la mala colocación de una faja postparto, a lo que Kelly recomendó que para los casos de peligro de un aborto y reducir dicho estado debía enseñarse a la partera cómo hacer un sostén con tal propósito, sin restringir el desarrollo del bebé.

Sheila Cosminsky (1977, 1986, 1992), por estudios realizados en comunidades indígenas de México y Guatemala, y Brigitte Jordan (1989) en Yucatán, manifestaron, si bien, desde una lectura antropológica, elementos pedagógicos que no fueron tomados en cuenta por el personal de las instituciones de salud pública en las capacitaciones a parteras indígenas, tales como: *designación de la labor* –cómo se hacen parteras: por don o preparación de la mano de un maestro o maestra-, *adquisición de la práctica y conocimientos propios* en torno el acompañamiento al proceso materno y las implicaciones de la introducción de otro modelo médico (el biológico-cientificista).

Además, de otros estudios realizados en torno la medicina indígena o la medicina tradicional en los que se mencionan algunas formas en que mujeres y hombres sabios de sus comunidades comparten sus conocimientos y habilidades médicas; resalta la asignación del don o el llamado, el uso de la palabra (oralidad), el ensayo y error (acciones empíricas) y la observación como métodos de enseñanza (Barquín, 1989; Mellado, Zolla y Castañeda, 1989; Campos, 1996; Galante y Castañeda, 1999; Faggetti, 2003, 2008, 2011). Asunto que merece una indagación documental puntual y analítica a partir de datos empíricos actuales.

Sin tratar que este trabajo sea una enunciación esencializada de la partería y de quienes la ejercen, sino la sistematización de sentidos y significados que dos parteras comunitarias, dos *parteras de los pueblos*, refieren en su decir y hacer con respecto a cómo ellas se hicieron parteras, se plantearon las siguientes preguntas:

1. *¿Cómo se hicieron parteras?*
2. *¿Desde qué horizonte de pensamiento?*
3. *¿Cómo construyen sus conocimientos y cómo los comparten?*

Preguntas de investigación con las que se quiso dar movimiento al telar (lo metodológico) para dar cuenta de un objeto de estudio: *conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias* implicados en una complejidad donde se engarzan:

- ☉ la educación propia,
- ☉ la educación formal (formación inicial, capacitación/instrucción) y
- ☉ la educación popular

Ya sea desde visiones:

- ☉ Indigenistas, de asistencia y atención a la salud (donde las personas a quienes se dirigen las acciones son objetos de políticas).
- ☉ Indígenas y de colaboración en el acompañamiento a procesos de sanación (con acciones y organización de base donde las personas se reconocen como sujetos histórico-políticos, sujetos que crean políticas).

A la pedagogía le interesan estos procesos, acercarse al estudio de esa complejidad social para reflexionar en torno el *estar-siendo*²¹ de sujetos, colectivos, personas, pueblos que caminan procesos pedagógicos y educativos ya sea como reproducción o transformación socio-cultural, tanto dentro como fuera de espacios escolares; ejerciendo esta disciplina la función de mediación entre el hecho educativo (procesos de formación, y prácticas que con-figura); la reflexión de sus fines (qué sujetos-sociales-políticos-históricos configura, bajo qué ejes epistemológicos y ontológicos); los espacios y tiempos educativos que construye –e instituye- y los proyectos de sociedad que se caminan. Asunto que interesa cuando pensamos y vivimos la pedagogía como un ejercicio político, una de sus prácticas inseparables.²²

La formación de parteras comunitarias, sus conocimientos pedagógicos, es hoy nuestro centro de interés, que pasa de lo personal –interés del investigador por cierto objeto de estudio a razón a de sus referentes y su trayectoria e historia de vida- a configurar ello en un problema social y, específicamente, en un problema pedagógico enlazado a su justificación y relevancia social y educativa. Veamos:

La partera indígena en la actualidad sigue siendo un actor social importante para grupos étnicos de nuestro país, tanto en medio rural como urbano, son la síntesis de un *sistema real de salud* (Zolla, 2004, 2011) que engarza modelos médicos distintos; la configuración de su práctica también es ejemplo de las políticas públicas dirigidas a

²¹ Referente para nombrar la contemporaneidad de los pueblos y organizaciones indígenas-campesinas desde su existir actual.

²² El aspecto político de la educación es lo que le da movimiento. No existe educación sin política y política sin educación (Freire, 2002, 2005, 2007).

población indígena en particular hacia las mujeres. Personajes que han estado involucrados en procesos constantes de capacitación y que, existen contados trabajos de sistematización que muestren los indicios de cómo estas mujeres sintetizan habilidades y saberes de elementos culturales distintos en su práctica médica, de cómo estas distintas parteras se han formado y hacen uso de sus referentes para dar una opción en la atención o ayuda/apoyo al proceso del parto. Ni mucho menos, investigaciones que articulen estas intervenciones educativas en relación con la reducción o no de los índices de muerte materna. Además, se carece de investigaciones que muestren las implicaciones sociales, culturales, políticas económicas y epistemológicas de dichas experiencias en educación. Por ello se consideró importante hacer una lectura pedagógica desde la voz, los sentidos y relatos de dos de sus protagonistas, sin la pretensión de dar respuesta a las múltiples preguntas que nos hacemos sino, generar una *aproximación etnográfica* a los sentidos que otorgan dos parteras comunitarias a su propia formación y práctica de la partería.

En el ámbito de la política pública nacional e internacional se ha considerado como agente importante a las parteras tradicionales, debido a la inaccesibilidad de los servicios de salud: “no llegan a todos”, la mayoría de las localidades de nuestro país se componen por menos de 2 500 habitantes, aunque la tendencia de la población ha sido moverse hacia las grandes ciudades, migrando hacia ellas y ubicándose en las periferias y cinturones de miseria.

Aunque políticas de control demográfico y las condiciones de vida de la mayoría de las familias mexicanas han llevado a reducir los hijos de mujeres mexicanas o a que ellas decidan tener menos hijos y si bien, la tasa de fecundidad se ha reducido, las mujeres continuaremos pariendo. Y ante la alta incidencia de muerte materna en instituciones de salud pública resulta importante observar las estrategias construidas por grupos, colectivos e individuos para brindar seguridad a los procesos maternos.

Parteras comunitarias en continua preparación son una opción, además de que permiten seguridad al proceso materno, son portadoras de un referente sociocultural importante para los grupos étnicos brindándoles continuidad, al recrear sus culturas y permitir que sigan siendo pueblo (sigan siendo comunidad, sigan con el proyecto civilizatorio que les posibilita identidad).

En el informe en torno del estado actual de parteras en el mundo 2011, que se llevó a cabo en 58 países donde las tasas de mortalidad materna, fetal y neonatal son altas; la OMS refirió, en torno las estimaciones hechas sobre 38 de esos países que:

[...] necesitarán multiplicar por más de diez la cantidad de parteras, y la mayoría requerirá duplicar, triplicar o bien cuadruplicar su personal de partería a fin de mejorar la calidad y la cobertura de los servicios. [Además que existe una] baja cobertura de atención obstétrica y neonatal de urgencia y, a menudo, los establecimientos de salud existentes tienen insuficiencia de personal y equipamientos deficientes. [Siendo la situación] más grave en las comunidades rurales y/o remotas. [Aunado a ello que] no se abordan los problemas de acceso a los servicios desde la perspectiva de la mujer. (UNFPA, 2011)

Estados nacionales en vías de desarrollo que, como México, no pueden hacer frente de manera segura a las necesidades de salud de su población y, más aún, brindar seguridad al proceso materno.

Es merecido poner nuestra atención, y disposición de escucha, en torno experiencias educativas y médicas que han sido ejemplo de acciones sociales de grupos organizados (entre ellos los grupos étnicos) que construyen respuestas a problemas puntuales de salud y, más aún, en experiencias donde los sujetos implicados vinculan conocimientos y habilidades de matrices culturales distintas. Para, con ello, nutrir la discusión pedagógica en torno las interculturalidades en educación y se pueda reducir la brecha en torno el reconocimiento de otras epistemologías.

El horizonte metodológico

Enunciar un objeto de estudio desde una disciplina implica establecer relaciones entre su problematización, el proceder metodológico para su aproximación, los referentes teóricos de partida y principalmente las relaciones en torno la representación (construcción) de un objeto de estudio, la problemática que lo enmarca, su justificación y su relevancia.

En esta investigación el objeto de estudio resultó importante, ya que fue punto de arranque para establecer formas metodológicas para abordarlo —que brindan posibilidades de creación y concreción—, teniendo como base una relación horizontal con los sujetos de estudio; quienes le otorgaron rostro y cuerpo, además del posicionamiento político de quien investiga. Tener presente esto llevó a clarificar el objeto de conocimiento y el tipo de estudio que se quiso realizar.

Importantes fueron las conversaciones llevadas a cabo con las interlocutoras de esta investigación para delimitar espacios, tiempos y prácticas sociales que podían ser abordadas; proceder que permitió dar continuidad a un abordaje metodológico donde los sujetos toman su lugar principal—como interlocutores en la investigación— donde ellos son quienes otorgan posibilidad de realización estableciendo modos metodológicos, espacios y tiempos al estudio²³, al estar ellas condicionadas a realidades complejas donde quien investiga es simplemente un *medio* (no para el cientificismo) sino para *comprender* dichas *realidades*. Elsie Rockwell (1980, 2009) considera que en una vertiente de la praxis etnográfica actual, los llamados “informantes”, son considerados como interlocutores y/o colaboradores del estudio y que están por construirse investigaciones etnográficas donde dichos interlocutores pasen a ser los gestores de su propio proceso de sistematización y construcción epistemológica, más allá de formar etnógrafos nativos.

Entender qué se quiere abordar, con quiénes se quiere caminar, desde qué modos y referentes hacerlo —dan posibilidad de creación y concreción a la investigación—, lo que exige estar dispuestos a establecer relaciones entre pares, con la intención de no colocar la mirada hacia las personas partícipes sino a los procesos sociales que ellas y ellos construyen y que condicionan su acción social.

Desde esa premisa con ambas se concertó, por ejemplo, los nombres que se les representaría en el reporte de investigación, una preocupación —no para ellas— sino para quien investiga y las formas de traducción. Si bien, el relato de *Agustina* y *Mary* figuran como voces singulares de experiencias precisas en educación y salud, ambas perfilan un marco conceptual y ciertas prácticas médicas comunes en el acompañamiento al proceso materno; representando así voces colectivas: las de muchas parteras que, como ellas, creen y apuestan por recrear su práctica cultural ante necesidades de vida donde la atención médica institucional es nula o poco efectiva.

Ambas representan acciones colectivas NO de parteras en su individualidad sino de aquellas que caminan la partería indígena como un trabajo comunitario, colectivo y no personal, donde la remuneración del trabajo realizado no obedece a un pago necesario. Por ello, por esa representación colectiva y, más aún, por el resguardo de su integridad ambas

²³Este abordaje metodológico ha permitido considerar la construcción continua del proceso de investigación, lo cual permite concebir las realidades sociales en su complejidad y movimiento. Modo de indagación que se pretende aprehender.

accedieron presentar un seudónimo, pues, no optaron por “la visualización momentánea” en espacios académicos –fin real de reportes de investigación en este país- sino que, con su decir y hacer, exponer problemáticas sociales y pedagógicas puntuales en situaciones concretas de existencia, mostrando en su rostro el rostro diverso de parteras indígenas comunitarias que siguen y seguirán construyendo caminos de esperanza y vida digna, dando mayor peso a su experiencia de vida como experiencia de todo un pueblo. Tal concertación permitió un pequeño paso en la construcción social de la investigación, pues, el caminar preguntando como principio metodológico de indagación, favoreció el clima de empatía y compañerismo entre todos los participantes y la construcción del objeto de estudio.

Las relaciones construidas con los participantes de este estudio fueron importantes, no siendo únicamente entre las parteras y la investigadora sino, también entre quienes posibilitaron nuestro encuentro y permitieron el diálogo para construir el objeto de estudio. Fueron ellas y ellos quienes dieron rostro y cuerpo a la presente investigación, por lo cual, fue necesario reconocer y respetar sus espacios, modos y tiempos.

Es por ello que la estructuración de esta investigación se hizo considerando el paso de quienes decidieron acompañar y ser parte de este estudio, pues ello permitió crear caminos de indagación para construir el objeto de estudio con el propósito de: *identificar formas distintas de hacer y pensar la educación (formación) desde experiencias de vida de sujetos pedagógicos en espacios comunitarios indígenas.*

El cual dio cuerpo, con base en las preguntas de investigación, a los siguientes objetivos:

Generales

- Identificar conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias a través de su trayectoria de formación.
- Analizar las relaciones pedagógicas que construyen parteras comunitarias en su continuo formarse y formar a otros.

Específicos

- Identificar, a través del relato de vida, la práctica pedagógica y quehacer educativo de dos parteras indígenas en nuestro país.

- Identificar a través de su narrativa *momentos-huella* que articulen sus relatos de vida con problemáticas sociales más amplias así como los discursos que han incorporado en su praxis pedagógica.
- Identificar, a través de la reconstrucción de sus narrativas y procesos de historicidad, qué conocimientos ellas comparten, cómo lo hacen y qué horizonte de pensamiento las sustenta.
- Analizar los procesos epistemológicos y relaciones pedagógicas implicadas en la práctica educativa de ambas parteras.

Objetivos que fueron materializándose a través de fases de investigación que permitieron pauta y continuidad al trabajo. Dichas fases se configuraron de la siguiente manera:

Fases de investigación

1. Indagación documental sobre el objeto de estudio en construcción y concertación con las interlocutoras sobre la realización de la investigación.
2. Realización de entrevistas exploratorias²⁴ con base en las preguntas de investigación y nueva búsqueda documental a partir del dato empírico.
3. Observación y registro de experiencias formativas de ambas parteras.
4. Reconstrucción del proyecto de investigación con base en la triangulación de los datos.
5. Realización de entrevistas semiestructuradas con base en las preguntas de investigación sustentadas en ejes de análisis y elementos de indagación.²⁵
6. Codificación del dato empírico y nueva búsqueda documental desde líneas de análisis.
7. Análisis de los datos.
8. Redacción del reporte de investigación.

²⁴ Tanto a las interlocutoras centro del estudio como a los informantes clave en la construcción del correlato.

²⁵ Ver cuadro de códigos de investigación en el Anexo 1

El telar: el camino etnográfico

Los científicos dicen que estamos hechos de átomos, un pajarito me dijo que estamos hechos de historias.

Galeano (2012)

Investigar es la búsqueda por intentar representar algo, trazos, contornos definidos por los sujetos sociales y sus historias. ¿Quién dibujo a quién?, ¿quién construyó a quién?

Medina (2000)

El camino metodológico trazado a lo largo de este trabajo fue haciéndose en el andar mismo de la investigación, un horizonte apenas percibido que fue tornándose inteligible al construir veredas de acceso al objeto de estudio, gracias al acuerdo concertado, desde el inicio, con quienes figurarían como protagonistas de la investigación.

El horizonte etnográfico fue haciéndose presente, se realizó un estudio en casos específicos sobre los procesos de formación de dos parteras indígenas tradicionales, los cuales, fueron presentándose enmarcados en una trama cultural y social compleja y crítica ante lo que iba emergiendo. Procesos que permitieron una aproximación no sólo a sus conocimientos pedagógicos sino, además, a los ámbitos implicados en ello y que fueron mostrándose poco a poco ininteligibles y accesibles gracias a la contextualización de los datos y a su triangulación con los referentes conceptuales.

Las relaciones sociales y políticas construidas en torno el proceso de investigación estuvieron enmarcadas por momentos de tensión entre los participantes, sin embargo, el punto de concertación permitió concluir el trabajo: se consideró importante que las experiencias de vida sistematizadas y abordadas desde la lectura pedagógica permitirían conocer problemáticas sociales, políticas y culturales que enfrentan muchas mujeres madres en nuestro país, sus familias y sus pueblos, ante el ejercicio del poder hecho institución y gobierno. Puntos importantes que merecen la atención gubernamental, académica y de sectores organizados de la sociedad para generar espacios seguros hacia una maternidad plena.

¿Cómo inició ese camino metodológico?, ¿cómo fue dándose? La decisión fue tomada, se abordarían procesos de formación en partería tradicional para permitir una aproximación a los conocimientos pedagógicos desde la propia voz de quienes lo han

vivido históricamente; dos mujeres de conocimiento fueron perfilando como centro, dos espacios, dos temporalidades, dos maneras de proceder compartidas.

Agustina en Valles Centrales, Oaxaca; Mary en Marqués de Comillas, Chiapas. Fueron las redes de relación social las que permitieron el acercamiento a la práctica médica de ambas parteras, se generaron vínculos sociales gracias a un trabajo anterior –la tesis de licenciatura-, asunto que permitió la exposición de motivos del trabajo y lograr el consentimiento informado de las dos, bandera de salida para todo el proceso. Se presentó el proyecto de investigación y se establecieron tiempos y espacios para iniciar los primeros trabajos.

Fueron los primeros contactos y las entrevistas exploratorias los que permitieron direccionar la búsqueda documental de manera más puntual, pues, se iba perfilando lo que parecía común en el proceder de ambas parteras. Discursos singulares y compartidos que permitieron considerar como elemento importante para su comprensión la dimensión histórica y política, Rokwell (2009) posibilitó ese acercamiento al fundamentar que la investigación histórica permite situar la diversidad cotidiana en una configuración inteligible que dé cuenta de la formación social de las prácticas y los saberes observados y, visto esto desde el objeto de estudio que se estaba construyendo (conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias), permitió un abordaje histórico que denotaba también las relaciones de poder existentes entre pueblos indígenas e instituciones de Estado vía el proceso histórico de la formación de parteras en México. Este vínculo entre Antropología e Historia permitió la contextualización de las líneas de análisis que iban emergiendo a través del dato empírico y, permitió también, ir dando estructura a lo que se presentaría como reporte final en la tesis de posgrado.

Lo que en un principio se presentaba confuso, ininteligible fue mostrándose con mayor nitidez al situar la dimensión histórica de lo que se presentaba como hilos sueltos. Después de esos primeros acercamientos al campo, de la búsqueda bibliográfica más dirigida y de las primeras inferencias del objeto de estudio –presentándose aún más dudas que respuestas-, se identificó la pregunta de investigación que requería mayor abordaje para confirmar conjeturas y ahondar en las líneas de análisis –de contenido y metodológicas- que iban surgiendo. *¿Cómo se hizo partera?*, fue la pregunta generadora que permitió reconocer la punta del hilo que debería desenredarse para abordar la complejidad que se

estaba presentando. Además permitió añadir a la intensión etnográfica la mirada histórica como método, es decir, se fue colocando el *relato de vida como herramienta central* para el acercamiento al objeto de estudio, así se afianzaba aún más la relación entre Antropología e Historia, no solo únicamente en el ámbito de la contextualización histórica sino en el abordaje de momentos significativos de vida que, como hilos históricos, permitieron el acercamiento más sistematizado del procesos de formación vivido por cada partera y, desde su particularidad, se permitió abordar líneas comunes de análisis y dar mayor cuerpo a la investigación.

Así la pregunta de investigación que se presentó como parte de la entrevista exploratoria se fue situando como elemento central a indagar mancando estructura a las posteriores entrevistas semiestructuradas, concentró los procesos que se observarían en los espacios y dirigió nuevamente los elementos más precisos a indagar en investigaciones ya realizadas en nuestro país. Pregunta que concentró a tres interrogantes más: *¿cómo construyen sus conocimientos?*, *¿desde qué horizonte de pensamiento?*, y *¿cómo los comparten?*²⁶, las cuales permitieron un abordaje más nutrido al objeto de estudio y perfilaron la estructura del presente reporte.

Con este proceder se fueron situando los *momentos huella* que marcaron inicio y afirmación de su profesión, así como los *indicios de formación* que permitieron visualizar las experiencias formativas y situaciones de formación en que ambas participaron, una estructura que proporcionó los hilos-base para la discusión en torno el espacio de intersección en que se sitúa actualmente la formación de parteras comunitarias, aquellas parteras que permiten la recreación del tejido comunitario para que los pueblos sigan siendo pueblo.²⁷

Este proceder metodológico, teniendo a la etnografía como camino de construcción y acercamiento a los datos -para presentar al final una serie de descripciones situadas- se articuló con una herramienta como método: *el relato de vida*, el cual, se orientó con las aportaciones de Daniel Berteaux (2005) permitiendo fundamentar el estudio de un fragmento particular de la realidad social histórica, u objeto social; para comprender cómo funciona y cómo se transforma, haciendo hincapié en las configuraciones de las relaciones

²⁶ Ver Anexo 1, cuadro 1: códigos que permitieron la codificación de los datos.

²⁷ Ver Anexo 1, cuadros 1 y 2: momentos huella e indicios de formación de ambas parteras.

sociales, los mecanismos, los procesos, la lógica de acción que la caracteriza. Los fragmentos de vida significativa que permitieron el estudio de los conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias permitieron no sólo la enunciación descriptiva de los datos sino que proporcionaron un horizonte de análisis complejo.

Este proceder también se pudo confirmar con las aportaciones de Patricia Medina (2000) sobre el relato de vida:

[Este] representa segmentos de aconteceres, de versiones y significados, cruzados, entramados en complejas relaciones que configuran el texto mismo de la historia. Estos relatos cruzados cambian el rumbo y el significado de la historia propia y social. [...] son momentos, fragmentos, recuerdos, fantasía y mitos que configuran la cosmovisión particular de cada sujeto, marcando la particularidad del porqué y cómo llegaron a ser [...] constituyendo múltiples sentidos que dan contenido a las formas de participación en el ejercicio de lo político de una manera cotidiana. (Medina, 2000: 44-45)

Momentos significativos de vida de ambas parteras comunitarias que marcaron el inicio y confirmación de su profesión, de una labor comunitaria que se recrea a través de su reproducción como una práctica médica que se torna educativa necesariamente para su continuidad.

El abordaje fue complementado también a través del *correlato*: el relato de personas clave que fueron partícipes directa e indirectamente, en los espacios de formación de ambas parteras. Así la etnografía como perspectiva metodológica y el relato de vida como herramienta central²⁸, permitieron el diálogo entre categorías sociales emergentes con las categorías teóricas de intelectuales estudiosos del tema indígena y así, presentar este tejido, con el URDIMBRE, manifiesto de sus hilos-base, como la TRAMA los hilos que completaron la forma y figura a la investigación. Este ejercicio etnográfico fue sólo una aproximación al estudio de los significados desde la voz de sus actores principales.

Diseño de la investigación (entre disciplinas y estado del arte)

Entre las disciplinas (sus estudios y construcciones teóricas) que fueron emergiendo como necesidad para la comprensión del objeto de estudio se encuentran: la antropología, la sociología y la filosofía, la primera implicándose en la problematización debido a los vastos

²⁸ Además del diario de campo, las observaciones, entrevistas y conversaciones, cuyos registros se ampliaron con grabaciones, fotografías y esquemas.

estudios realizados (etnografías –monografías, estudios comparativos, construcciones teóricas) enfocados a grupos étnicos de nuestro país²⁹, algunos de éstos particularizando en prácticas, terapeutas y recursos de la medicina indígena³⁰ así como de la concepción y vivencia del mundo indígena.³¹

De la sociología fueron importantes estudios centrados en el conocimiento y mundo indígena³². Un tema de interés también para la filosofía, cuya mirada se establece hacia los mecanismos de legitimidad del conocimiento en general, donde Villoro (1989, 2009) fue uno de los referentes teóricos para la discusión.

De manera particular, en torno la formación de parteras en contexto indígena, en su dinámica interna y propia, no se conocen trabajos inéditos; sin embargo, existen algunos estudios académicos que reflejan cómo han sido formadas estas especialistas. Por ejemplo: el estudio realizado por Isabel Kelly (1955) en torno qué debe considerarse en caso de estructurar programas institucionales de capacitación: la cultura local, principalmente en las prácticas locales concernientes a la preñez, el nacimiento y a los cuidados post-natales, y la posición social de la partera³³; o estudios que exponen los cambios culturales propiciados a razón de la implementación de programas institucionales de capacitación basados en políticas de salud³⁴ en donde la educación figura como complementaria y de extensión (Pérez Ramírez, 1975; Huerta y Keller, 1976; Jordan, 1989; Sesia, 1992; Sieglin, 2001, 2004; Moreno, 2005). También se encontraron traducciones antropológicas que abordan la designación de la labor, su enseñanza y aprendizaje, la situación social de la partera y los referentes conceptuales y recursos que sustentan su práctica (Vargas y Matos, 1973;

²⁹ De las cuales los trabajos teóricos y etnográficos de Guillermo Bonfil Batalla y Miguel Bartolomé son algunos referentes.

³⁰ Los trabajos de Gonzalo Aguirre Beltrán, de Carlos Zolla, de Roberto Campos han sido importantes por su aporte en el estudio de la medicina indígena. Un estudio centrado en las construcciones teórico-metodológicas de Aguirre Beltrán resultaría importante para comprender cómo se fue gestando la configuración de ciertas identidades, de la configuración de sujetos de cambio cultural; aspecto importante para la pedagogía, pues, importa precisamente los procesos de configuración de dichos sujetos así de sus prácticas sociales y de su horizonte de pensamiento; lo que ayudaría a comprender el indigenismo en nuestro país, así como las relaciones actuales entre indígenas y no indígenas, entre indígenas e instituciones de estado y del cambio cultural pretendido que ha llevado hoy a la hegemonía de un sistema de salud. Consideraciones que nos desbordan, pues, ello requiere de otro estudio.

³¹ López-Austin (2012), con el estudio que realizó sobre las concepciones de los antiguos nahuas sobre CUERPO y del Dr. Carlos Aguado sobre grupos étnicos del pueblo hñahñu, han ayudado a la reflexión.

³² Ha cobrado importancia la interpretación de Antonio Paoli (2003) sobre la sabiduría del pueblo tzeltal.

³³ Asunto que no mantuvo eco y que no fue tomado en cuenta en las intervenciones educativas realizadas por instituciones de salud en las década de los 70's.

³⁴ Atención Primaria, Planificación Familiar y Salud reproductiva.

Cosminsky, 1977, 1986; Mellado; Zolla y Castañeda, 1989; Jordan, 1989; Sesia, 1992; Campos, 1996; Cerda, 2001; Fagetti, 2003, 2008; Islas, 2014). Y, en la misma disciplina, se encontraron estudios que denotan intentos de “integración” o “reconocimiento” entre orientaciones médicas académicas y recursos de la medicina indígena tradicional (Navarro, 1996; Moreno, 2005, Zolla, 2011; Fagetti, 2011). Así como la sistematización de una experiencia en formación de parteras profesionales con reconocimiento oficial en el estado de Guanajuato (Barría, 2007) y, esta misma experiencia, desde una mirada pedagógica se encuentra la tesis presentada por Nubia Nicolás (2012).

Es importante mencionar la sistematización de experiencias de participación social de parteras en la configuración de redes o sistemas de salud con base en educación y salud popular, en marco del “reconocimiento y rescate” de saberes médicos indígenas (López Silva, 1999, 2005; Heredia, 2007), y un estudio en el cual dicha participación se orientó en la defensa del territorio a través del resguardo de los saberes y conocimientos de la medicina indígena tradicional con el aporte de la Organización de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales del Estado de Chiapas –COMPITCH- (Araya, 2008).

Traducciones que permiten percibir el panorama complejo en el que se inserta el objeto de estudio de la presente investigación y que permiten percibir el espacio de intersección que enmarca su problemática contextual: entre disciplinas (Filosofía, Lingüística, Antropología, Sociología y Pedagogía, por ejemplo), abordajes metodológicos (análisis del discurso, etnografía e investigación acción), interpretaciones sobre la medicina indígena y sus terapeutas y los propósitos de estudio.

Si bien, estas traducciones permitieron un panorama sobre la formación de parteras indígenas y campesinas en nuestro país; también dieron pauta para la delimitación de líneas de análisis y, desde la trayectoria de vida de Agustina y Mary, permitieron el abordaje metodológico y los supuestos de investigación.

Supuestos de investigación

1. Parteras en nuestro país comparten conocimientos y saberes desde sus referentes históricos de su historia personal y colectiva (como pueblo).
2. Han configurado su práctica reflexiva en educación y en salud a partir de su participación social activa.

3. Son las parteras sujetos pedagógicos que comparten en todo momento y espacios sus conocimientos y saberes en torno los cuidados y la salud.
4. La práctica de la partería se constituye como estrategia de resistencia en marco de movimientos étnico-políticos en nuestro país.

El relato de vida como método. *Momentos-huella*

El relato es posible desde la *experiencia y reflexión*, hecha palabra y texto de las parteras Agustina y Mary³⁵ en el sentido de compartir su *estar en y con el mundo*, a partir de su práctica social e histórica; sin pretender construir su historia de vida –de ahí que el enfoque biográfico no sea lo que permita el movimiento a nuestro andar- sino a partir de *momentos-huella* –fragmentos de vida pasada que se re-actualizan y permiten movimiento al presente, debido *al sello* que imprimen como *hitos históricos*- de dos historias singulares para preguntarse por el ámbito pedagógico y social.

En un ejercicio de contraste de las dos narrativas percibir, en su intersección, los cruces y márgenes que denotan las relaciones socio-históricas y políticas que, en su *estar-siendo* como médicas indígenas, guían su estar formando-se (ellas mismas y a otros) para acompañar procesos de salud-enfermedad-cuidados. Momento de análisis que, si bien, orientado por momentos significativos de vida, también es entretejido tanto por los discursos y conceptos que ellas caminan reactualizando su historia como parte de un pueblo indígena.

Importante ha sido hacer visibles las relaciones políticas de larga trayectoria que se han ido configurado entre instituciones de Estado y los pueblos indígenas-campesinos y el relato de vida de ambas parteras permitieron dicho acercamiento, manifestando que el tema de estudio de esta investigación no es nada sencillo, pues, se engarza precisamente en las relaciones históricas de colonización, dominio, control, integración, desarrollo, asistencialismo, etnopolulismo y corresponsabilidad de acciones, impreso en políticas públicas dirigidas hacia pueblos indígenas, predominantemente hacia las mujeres –desde la década de los setenta-.

Acercarse desde estas dos experiencias de vida a problemáticas sociales complejas permite, sin la intención de dar cuenta de una persona determinada, *comprender una parte*

³⁵ En el sentido de ser ellas centro y partida del relato.

de la realidad socio-histórica, un objeto social (Berteaux, 2005)³⁶, ya que, a decir de Villoro (2004) en torno el sentido de la historia: *no hay acción humana que no esté conectada con un todo*.

Una complejidad que permite anclar la perspectiva etnográfica con el relato de vida como método, como *recurso* para Berteaux (2005), lo cual permite leer el *entramado cultural* (Bertely, 2000) de un espacio-tiempo-procesos-prácticas sociales particulares hacia el estudio de problemáticas sociales estructurales y de relaciones de poder en que se movilizan historias personales.

La dimensión temporal que proporcionan los relatos de vida permite la articulación de Antropología e Historia³⁷ y dar cuenta, no de fenómenos aislados, sino comprender procesos pedagógicos y prácticas educativas a través del relato. Acercarnos a una historia colectiva a través de historias singulares; considerando que dicho entramado condiciona y es producto, a su vez, de los propios sujetos que lo sustentan, de las relaciones y prácticas sociales construidas a las cuales podemos acercarnos a través del relato, de la narrativa oral y simbólica.

Medina (2000) considera que poner el acento en el sujeto y su relato implica comprender al sujeto concreto como síntesis de múltiples determinaciones –leídas para este estudio como condiciones histórico-políticas que pueden ser transformadas- donde dicho sujeto resulta ser creador y recreador de las mismas, de cierta organización y formas de relación social. Es decir, a través del *estar-en y con el mundo* de dos parteras, de su ser en sociedad, de lo que las constituye y configura como médicas de los pueblos, como personas de conocimiento, como sujetos pedagógico podemos comprender las relaciones sociales

³⁶ Para Berteaux (2005: 92) *todo relato de vida orientado hacia las prácticas del sujeto y los contextos sociales de esas prácticas, comporta necesariamente no pocas indicaciones sobre los fenómenos propiamente sociales*, indicaciones que traduce como *indicios* (palabras que remiten a un mecanismo social que ha influido en la experiencia vivencial y que refieren al mundo sociohistórico del cual el sujeto es parte y ‘brilla’ para acercarse al estudio del ámbito estructural). En esta investigación los indicios no únicamente son palabras sino acontecimientos o hechos que han marcado la historia de las personas que, si bien, pueden situarse como bifurcaciones pero cuya constante es la significación colocada en ese hecho que explica un antes y un después en el trayecto de su historia de vida.

³⁷ Elsie Rockwell (2009) al sistematizar su experiencia etnográfica en educación comparte que fue precisamente la integración entre Antropología e Historia la que le permitió una articulación de la evidencia fragmentaria a su dimensión social. Para el caso de la etnosociología de Michel Berteaux (2005) no concibe el fenómeno social sino implicado en su dimensión histórica-estructural, por lo cual manifiesta que los estudios sociológicos pretenden dar cuenta precisamente del ámbito social amplio y cuyo camino pueden ser historias, trayectorias y experiencia de vida particulares.

amplias que también las configuran y que son desplegadas en su narración, asunto que permite comprender la temporalidad entre las experiencias de un sujeto específico y el acontecer social (Medina, 2000).

El sentido del relato y las narrativas generadas en interrelación precisaron las acciones de búsqueda documental (contextual, metodológica y teórica) y orientaron el diálogo entre el referente empírico y el teórico-metodológico, así como la localización de *sujetos contextuantes* (Medina, 2000) quienes, también, como personas-clave complementaron el relato –en forma de *co-relato* (Medina, 2000) o *relato convergente* (Berteaux, 2005)- quienes permitieron re-construir la narrativa de estas parteras y acercarse así a su práctica social, es decir, que con ellos y ellas se complementa la historicidad de los *sujetos eje* –centro de la investigación- (Medina, 2000).

También para esta investigación se consideró como complemento de la narrativa oral lo que se “narra” con la acción, con las *prácticas sociales cotidianas y situadas* de las parteras poniendo atención en su decir y su hacer, sin pretender evaluarlas sino acercarnos a su *práctica social* a través de su hacer cotidiano y en situación donde ejercen su praxis como médicas de los pueblos y les ha permitido continuidad y recreación cultural.

Considerar al relato de vida como herramienta metodológica marcó en el trabajo un proceder para la recopilación de datos, su análisis e interpretación³⁸, siendo posibilitado por las preguntas de investigación –relación entre objetivos, supuestos de investigación y ejes de análisis- y cuya acción narrativa entrelaza tiempos, espacios históricos y corporeidades de los sujetos que en ellos se implicaron –temporalidades y espacialidades que se articularon para permitir la materialidad del relato-, emergiendo, a través de ello, *momentos-huella* que, junto con los discursos que las parteras hoy recrean e imprimen en su andar, dan concreción a los hilos-base (URDIMBRE) de este tejido, con ciertos colores y tonalidades.

Herramienta metodológica que posibilita la acción etnográfica desde ciertas particularidades que imprimen las parteras, sus temporalidades y territorialidades. Ya que siendo una característica de la investigación etnográfica el *trabajo de campo prolongado*,

³⁸ Donde el trabajo de Berteaux (2005) cobró importancia en tanto el análisis comprensivo permitiendo articular metodológicamente la dimensión histórica con la perspectiva etnográfica. Bertely, 2009 hace el engarce entre historia y antropología (antropología histórica), sin embargo Berteaux es metodológico, puede uno perderse en el contexto, ya que éste no implica sólo el ámbito político-institucional-de intervención sino el de su estudio académico y las construcciones institucionales propias de los sujetos.

para esta investigación se tuvieron que hacer ciertas negociaciones entre los sujetos partícipes en torno cuándo, dónde y cómo realizarlo, a según también de los otros tiempos que marcaron condición (los académicos-institucionales por ejemplo)³⁹ Así, también, con respecto a la *observación participante*, su herramienta clave, en esta investigación y por la relación social establecida entre participantes (de sujeto-sujeto) es que esta herramienta no figuró como elemento central de recolección de datos sino que su lugar fue tomado por relatos orales y narrativas ampliadas, de ahí que las entrevistas tomaran un papel central como herramienta de obtención de datos teniendo como complemento notas y diario de campo así como para el análisis, la consideración de fotos y videos.⁴⁰

Es a partir de *momentos-huella* como se da forma-figura a este otro tejido elaborado en *telar de cintura* el cual, como mecanismo metodológico⁴¹, permite problematizar en torno lo que se comparte y cómo se comparte en salud en el acompañamiento y ayuda a mujeres en su proceso materno, a sus familias y pueblos en espacios indígenas y no indígenas donde problemáticas de medio urbano y rural salen a flote: migración,

³⁹ Antes de cada encuentro con cada una de las parteras se buscaron y acordaron –preguntando siempre– tiempos y espacios precisos para su realización, que oscilaron entre “pláticas formales” –entrevistas–, conversaciones y estancias compartidas que fueron posibles gracias a que se logró coincidir entre los tiempos marcados institucionalmente desde lo académico –de ahí que el trabajo y estancia de campo fue dándose entre calendarios escolares en el caso de la Universidad Nacional Autónoma de México: en periodos intersemestrales, vacaciones, fines de semana, “puentes”– y los tiempos, espacios y acciones sociales de las parteras: entre su práctica cotidiana de acompañamiento a procesos de salud-enfermedad en sus espacios inmediatos así como los tiempos destinados a sus reuniones, encuentros de salud y talleres –temporalidades que imprimieron paso a esta investigación–. Ante esta temporalidad y espacialidad se tuvo que negociar para poder hacer factible esta investigación, lo que llevó a repetidos viajes a dos estados del país: Oaxaca y Chiapas, entre dos regiones: Maya y Valles Centrales, entre dos formas de participación social y entre dos culturas: la zapoteca y la zoque y, junto con ello, mi propia historia personal y social. Historicidades cruzadas por la pretensión de explicar y comprender una práctica pedagógica específica que nos vincula: cómo construyen sus conocimientos pedagógicos mujeres sabías de los pueblos indígenas y cómo los comparten desde una contemporaneidad que las interpela, ante problemáticas concretas de vida: la muerte materna y la accesibilidad de mujeres y hombres a los servicios de salud mexicanos.

⁴⁰ No se realizaron observaciones puntuales en la investigación porque el estar y compartir con ellas algunos momentos de su acción médica y educativa siempre interpeló mi presencia, haciendo que ellas me solicitaran una participación activa; lo que llevó a no sólo experimentar en cuerpo propio los modos en que estas parteras comparten sus conocimientos sino también a preguntarme por mi proceder en la investigación, sobre los distanciamientos necesarios para continuar mirando. Para Cornejo; Mendoza y Rojas (2008) la cuestión de la subjetividad del investigador siempre está en juego si se asume que siempre se investiga *por* algo y *para* algo y que, por tanto, en vez de ser desprestigiada esta subjetividad puede ser utilizada al servicio de la investigación. Además, considero que mi posición se fue colocando en una relación educativa de maestro-aprendiz.

⁴¹ Y cuyas herramientas de instrumentación necesarias son: vértice de sostén, el enjullo y el petral, sobre los que se fija la urdimbre y se mantiene la relación con el cuerpo de la mujer; el peine, el “machete”, la lanzadera y el mecupal que dan *fuerza y guía* al sentido de elaboración.

inaccesibilidad a servicios de salud, escasas de infraestructura, no reconocer a la mujer como *sujeto de decisión* sobre su cuerpo; largos recorridos de comunidades a clínicas, falta de personal de salud, administrativo y de seguridad preparado para asistir a población en ámbitos de diversidad cultural.

Si bien es intención comprender, a través del relato de vida y los momentos-huella de ambas parteras, nuestra historia social más amplia, son punto de partida –y llegada- ante una preocupación pedagógica: *cómo se viven y se generan procesos de formación en salud comunitaria* en espacios y tiempos no escolares, en los cuales se configuran sujetos y prácticas sociales ante condiciones concretas de existencia. Agustina y Mary son ejemplo de que esas experiencias en educación, donde el vínculo preciso educación-salud se hace necesario ante condiciones de negación que reduce niveles de vida de la población, y que se hacen claras cuando los gobiernos no responden a problemáticas precisas como lo es la muerte materna, la muerte neonatal y la inaccesibilidad a servicios de salud. Se busca comprender desde historias locales-regionales las historias sociales-amplias de nuestro país y así reflexionar y hacer experiencia las estrategias que dan continuidad a una práctica social de larga trayectoria: *enseñanza indígena de la partería*.

Elaborar dicho tejido, caminarlo, implicó colocar sus hilos-base: orden, tamaño y tonalidad de la trama, el cual, como base-fondo, permitió la articulación con los hilos-urdimbre que fueron dando forma-figura, sentido y significado al tejido. A un ritmo, en principio acorde al diseño primero⁴², el cual fue nutriéndose y configurándose en el proceso de investigación, a según de cómo se fueron dando los ritmos, las pausas y los silencios en el tejer; lo que hizo -en su movimiento final-, emerger lo no escrito y, por tanto, presentar *un tejido muy otro* cuyo cierre abre más posibilidades de seguir caminado por el reconocimiento de experiencias otras en educación; esperando que este esfuerzo de reflexión vaya más allá de una sola estructuración sistemática de una tesis de posgrado, pues, el esfuerzo y la vida puesta en este trabajo fue por problematizar en torno temáticas hoy emergentes para la pedagogía: *problematización de procesos de formación no escolares en el ámbito de la salud para retornar la mirada hacia la escuela*,⁴³ con respecto al qué se

⁴² Diseño de la investigación donde se establece el objeto de estudio, su relación con los sujetos que lo configuran, además de dejar establecido el papel de dichos sujetos –en este caso como interlocutoras-, estableciendo también las preguntas, objetivos y fases de investigación.

⁴³ Y máxima de mi tutora, la Dra. Patricia Medina Melgarejo.

enseña –contenidos- y cómo se enseña –planes y programas de estudio, metodologías de enseñanza y relaciones pedagógicas-; es decir, retomar la discusión en torno la enseñanza de las disciplinas y su legitimación en espacios institucionales para potencializar los aprendizajes de los involucrados en el acto educativo.

Nuestros movimientos en la indagación fueron caminándose a un ritmo pausado a según de la propia experiencia y reflexión de las parteras y de quien investiga, con lo que poco a poco se fueron tomando sentido el propósito que dio pie a esta investigación.⁴⁴

A través de recrear la memoria histórica, mediante el relato es como se pretende reflexionar lo pedagógico colocando el énfasis en el proceder pedagógico de ambas parteras, cómo conformaron su práctica médico-educativa, cómo comparten su sabiduría y conocimientos, desde qué horizontes de pensamiento, y cómo ello interpela las formas institucionales de enseñanza en general, de la enseñanza de la obstetricia y los cuidados en particular, ante la emergencia de reconocer otras epistemologías y otras maneras de compartir. De reconocer otras culturas que nos constituyen.

⁴⁴ Posibilitar una *discusión pedagógica en torno lo que se enseña y cómo se enseña en salud desde el propio hacer-pensar de los pueblos*, y con ello, *demostrarnos que existen formas otras de comprender el mundo, de conocer, de sentir y vivir el cuerpo; de vivir, hacer y reflexionar la educación*, es decir, maneras otras de vivir el mundo, de pensarlo, de relacionarse; para reflexionar en torno la legitimación de conocimientos y saberes propios de los pueblos en las aulas, como ejes metodológicos y como contenidos de enseñanza y aprendizaje y no únicamente como esencialización a través del aprendizaje técnico de terapias y el uso y preparación de medicamentos naturales, o su consideración como recetas culinarias para la promoción de la salud, sino como *posibilidad de construcción epistemológica*. Para así emerger formas distintas de problematizar al ámbito pedagógico, de reconocer su necesaria reconfiguración ante realidades complejas y en tensión en marco de movimientos sociales en nuestro país.

Capítulo 2. URDIMBRE. *Hilos-base. Primer momento: los escenarios*

La URDIMBRE tiende hilos que como base-fondo del tejido permiten construir escenarios y entrelazar historias.

Elizabeth López.

La construcción del objeto de estudio a través del vínculo entre el dato empírico, los referentes conceptuales y las categorías teóricas permitió que emergieran escenarios que sustentan en esta investigación la formación de dos parteras comunitarias en nuestro país. Entre relaciones históricas de negación de vida y proyectos sociales donde la vida se exalta; desde las relaciones entre parteras (pueblos indígenas) e instituciones de Estado y las construcciones desde la organización social de base de pueblos, comunidades y grupos, como opción de vida donde, se optó por que los sujetos fueran protagonistas de su propia historia y realizar (aprendiendo) su proyecto civilizatorio, que desde la salud y la educación se engarza en torno experiencias de una *salud en manos del pueblo*.

Sentidos y significados que se imprimen en el relato de vida de dos parteras: Agustina y Mary, quienes a través de los *momentos huella* muestran los indicios de su formación como parteras de los pueblos.

Parteras –pueblos indígenas- e instituciones de Estado

Bien se sabe que la salud es condición necesaria en la producción y reproducción de la sociedad; pero su mantenimiento se procura por muy diversos caminos. Toda sociedad posee un sistema coherente de ideas que la conducen a clasificar las enfermedades, a interpretar sus causas y a ejecutar prácticas destinadas a restaurar la salud cuando esta se pierde. Toda sociedad tiene especialistas adiestrados, en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, de acuerdo [a su] sistema de ideas.

Gonzalo Aguirre Beltrán (1994)

Los pueblos indígenas poseen un modelo de salud, con sus terapeutas y medios de diagnóstico y procesos de sanación así como maneras propias de educarse, en el sentido de recrear sus conocimientos y su cultura, articulado ello en una dinámica social y política específica.

Para el caso de la partería, su reproducción y recreación a través de la experiencia de parteras indígenas, parteras comunitarias, ha permitido la permanencia y dinamismo de estos pueblos que en su contemporaneidad, en marco de una reivindicación étnica, les ha

proporcionado una dimensión identitaria en la exigencia, resistencia y construcciones propias de los pueblos frente a hegemonías hechas instituciones y poder.⁴⁵

La partería, desde la experiencia de estas parteras, es resultado de un proceso histórico que ha implicado relaciones socio-culturales, políticas y económicas configuradas entre el Estado mexicano –y sus instituciones- y los pueblos indígenas⁴⁶ de nuestro país que, con respecto a médicos de los pueblos y sus conocimientos, han figurado en relaciones de desprestigio, “erradicación”, colonización, regulación, control, sustitución, integración y, hoy, una pretendida “articulación” en pro de una salud intercultural. Cuyo interés primordial ha sido colocarlos como *recurso local para la salud* y, a sus prácticas y medios terapéuticos como *recurso terapéutico*; poniendo énfasis en el manejo, funcionamiento y localización de plantas medicinales –Aguirre Beltrán en 1955 consideró que el aporte único a la medicina occidental por parte de la medicina indígena es la herbolaria-; así como un interés por implementar –con estos recursos humanos- programas sociales en las comunidades en busca, primero, del cambio cultural y, después, como elementos imprescindibles para el desarrollo comunitario y extensión de los servicios de salud.

Ha existido desde hace más de un siglo el interés de profesionales y de instituciones de Estado en regular y certificar la práctica médica de “las” parteras para, lo cual, el ámbito jurídico y pedagógico (adiestramiento, instrucción y capacitación o formación inicial) fueron dos medios.⁴⁷

Con respecto a la formación inicial de parteras –un campo profesional destinado a mujeres y al que podían acceder sólo un número reducido de ellas-, puede ubicarse, hacia el

⁴⁵ Para un acercamiento a la participación de parteras en lucha y resistencia indígenas organizada en marco de la defensa de los territorios, la biodiversidad y sus conocimientos propios remito al trabajo de María José Anaya (2008) quien realizó una investigación en colaboración con el Consejo de Organizaciones de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales del Estado de Chiapas –COMPITCH-.

⁴⁶ Considerados en los márgenes de esas relaciones como indios primero, campesinos, grupos étnicos o minorías étnicas después, y hoy –ante su colocación de lucha social como pueblo, admiten su adscripción como indígenas.

⁴⁷ Hay que considerar cómo se formaron dichas parteras y el reconocimiento que tengan de sus comunidades, pues, la enseñanza de la partería en nuestro país, desde el siglo XIX, dejó de estar en la mano de viejas parteras indígenas. En el siglo XVII y XVIII, varias mujeres intervinieron en la práctica de manera empírica, sólo teniendo como enseñanza su propio parto o ayudando a otras mujeres a parir, ello básicamente en los conglomerados donde residía el mestizaje colonial. Estas mujeres hacían uso de terapias y medicamentos de origen tanto europeo como africano, además del indígena. Pero en los lugares más alejados, donde la configuración comunitaria de los pueblos indígenas y forma de vida siguió prevaleciendo, son las parteras de más experiencia quienes acompañan a otras mujeres, de su linaje, en su formación como parteras ejerciendo una manera propia de educarse en saberes especializados.

siglo XVII, con la regulación y certificación que emitió el TRIBUNAL DEL PROTOMEDICATO, una institución colonial formada por un grupo de médicos a quienes se les había autorizado ejercer la medicina (Cuevas y Guillén, 2012). Una institución que reguló y certificó la práctica médica tanto en el siglo XVII, el XVIII y principios del siglo XIX (hasta 1831), creó exámenes de certificación para médicos, cirujanos, sangradores, barberos, boticarios y parteras (León, 1910), ejerció autoridad privada en materia de salud en todo el territorio de la Nueva España, si bien, expedía licencias e imponía castigos a quienes practicaban la medicina sin previa autorización; también, estableció cuarentenas en poblaciones afectadas por epidemias, vigiló la conservación de alimentos y bebidas y supervisó la limpieza e higiene de las calles (INEGI, 2005). En 1831, fue cerrado y sus atribuciones quedaron bajo el auspicio de la junta de la Facultad Médica del Distrito Federal.

Con respecto a las parteras, es hasta principios del siglo XVIII cuando el tribunal estableció normas para sus exámenes determinando con ello lo que estaba permitido hacer, así también se expidieron leyes (ordenanzas) para el ejercicio de su práctica y la práctica de médicos.

El virrey Antonio María de Bucareli en 1772, autorizó la operación cesárea en los parajes del virreinato cuyo propósito fue el bautismo de los niños no nacidos de forma natural, induciendo con ello su nacimiento, lo que permitía sacarlos del útero de su madre muerta, acción no exclusiva para los médicos al establecerse que, en ausencia de ellos, podía realizarlo otra persona; Nicolás León (1910) menciona que este procedimiento fue realizado por algunos misioneros.

La práctica tanto de parteras con formación clínica (hospitalaria) y las que ejercieron la profesión recreando los vínculos comunitarios a través de una enseñanza propia, ubicándose en pueblos y comunidades indias, fue de mucha importancia.

En este mismo siglo (XVIII), algunos médicos manifestaron la importancia de la labor de la partera, como lo hizo el doctor Ignacio Segura antes de dar lectura a los “Avisos” dirigidos hacia estas mujeres: *‘El oficio de la partera es utilísimo para la salud de las almas, de los cuerpos, y aun para la conservación del género humano’* (citado en León, 1910: 210), haciendo después recomendaciones médicas para la atención del recién nacido.

A través del PROTOMEDICATO, se ejerció la normatividad colonial en materia de salud (y educación), que permitió la institucionalización no sólo de la atención del parto –y la regulación de quienes la ejercían- sino también de la institucionalización de la enseñanza obstétrica en la formación inicial de médicos, cirujanos y parteras profesionales (parteras clínicas).

A principios del siglo XIX los cirujanos comenzaron a no avergonzarse de ser parteros, encargándose el protomedicato de exámenes y requisitos para otorgar su licencia, así como la de médicos y parteras. En 1806 el protomedicato editó la *Cartilla nueva, útil y necesaria, para instruirse las matronas que vulgarmente se llaman Comadres*⁴⁸ en el oficio de *partear*, escrita en 1750 por Antonio de Medina en España, la cual especificaba los siguientes capítulos:

- I. Definición y cualidades físicas y morales de una comadre.
- II. De la Anatomía
- III. Del estado de preñez
- IV. Del parto (León 1910: 221-222)

Cartilla que permitió a las mujeres que sabían leer practicar la partería, diversificando así formas de atención, de ser y hacerse partera –paralelamente a la enseñanza de las culturas indígenas⁴⁹-. Mujeres animadas a enseñarse por necesidad teniendo como uno de sus referentes su propio parto, pero quienes combinaron elementos tanto de tradición española y africana (mucho del ámbito religioso) con elementos indígenas.⁵⁰

⁴⁸ Nombre que se designó a mujeres que ayudaban a parir a otras mujeres en la sociedad novohispana. Término que fue colocándose como equivalente de partera, matrona o comadrona.

⁴⁹ Entre estas, las enseñanzas de pueblo indígena con respecto a la formación de su sistema médico: puede mencionarse que es una enseñanza del ámbito familiar-comunitario, vinculado al *designio* de la labor y su afirmación a través de circunstancias -eventos oníricos y el proceder social de la persona “designada”- como condición en el desarrollo de dicha enseñanza, ya sea a través del acompañamiento de un especialista (hombre o mujer de conocimiento) o por enseñanzas autodidácticas. Donde la observación atenta es el método más general (Chamoux, 1992). Además, importante es también la trayectoria de vida de quienes pretenden ejercer la partería, ya que ello va confirmando o desvaneciendo el designio de la labor, para López Austin (2012) correspondería a la influencia del *tonalli* como destino, dependiendo del día en que la persona nace y que puede ser modificado, ya sea, por ese proceder en el mundo de los hombres o por el día de su bautismo.

⁵⁰ En la conformación de la sociedad colonial se incorporó en la medicina indígena terapias y elementos de curación de la sociedad novohispana: como la reinterpretación las cuatro condiciones de las cosas: calor, humedad, frío y sequedad (Aguirre Beltrán, 1963) y el uso de plantas como la ruda y la salvia; así se fueron creando estrategias de continuidad del horizonte indígena, como fue el uso de elementos religiosos

La labor del protomedicato fue crear y llevar a cabo exámenes de certificación y disponer de cartillas para el aprendizaje y examen de oficio de sangradores y parteras (León, 1910), y estableció requisitos para obtener licencias como *parteras examinadas*:

[...] su petición por escrito, su fe de bautismo, certificación de haber practicado su respectiva profesión cuatro años con maestro aprobado, o que sea reputado como tal y una información de vida y costumbres; y como parteras han de ser viudas o casadas; agregan las primeras certificaciones de sus párrocos de ser viuda y honrada, y las segundas de consentimientos de sus maridos, y depositar sesenta y tres pesos [...] (*Ibid*, p. 227)

Se consideró para la formación inicial de médicos y cirujanos la enseñanza de la obstetricia⁵¹ así como la formación de parteras en ámbito escolar y espacios clínicos.⁵²

Se continuo, una vez extinto el protomedicato y habiendo pasado sus funciones a la junta de la Facultad Médica del Distrito Federal, con la formación y capacitación de parteras clínicas en varios lugares del país, al respecto Ana María Carrillo (1999) menciona que:

Además de la Escuela de Medicina de la capital y hasta la primera década del siglo XX, tuvieron cursos para parteras las siguientes capitales: Mérida (desde 1835), Guadalajara (1837, aunque hubo disposiciones para instruir las desde el siglo XVIII), Puebla (1841 al menos, aunque también hubo disposiciones anteriores), Morelia (1848), Monterrey (1853), San Luis Potosí (1863), Oaxaca (1880), Zacatecas (1889, al menos), Campeche (1902 al menos) y Chihuahua (1910 al menos); así como Pachuca (1875), Toluca (1896) y

católicos (como los santos) para continuar procesos propios de religiosidad indígena. La actual medicina indígena, denominada medicina tradicional, es una síntesis de esos procesos de integración –con las particularidades que cada especialista indígena le imprime según su propia historia (y formación) personal y colectiva- en la cual confluyen elementos tanto de tradiciones europeas como africanas.

⁵¹ Como ejemplifica León (1910): en la Escuela de Medicina en el estado de Oaxaca fundada en 1826 se habla de obstetricia, en su normatividad, hasta 1845. Escuela donde se funda la carrera especial de Obstetricia para mujeres en 1880; con la cual se otorgó el título de PARTERA; por tanto, ya considerando a la partería, desde lo institucional, como PROFESIÓN, la cual, en términos de vida social de esta sociedad colonial, presentó dificultades para su práctica, pues, en *la Clínica de Partos no había la costumbre entre la gente pobre de ir al Hospital en solicitud de una cama para dar nacimientos a sus hijos*. (León, 1910: 556-557) Cabe mencionar que uno de los profesores de esta Clínica obstétrica fue el doctor Aurelio Valdivieso, nombre con el cual hoy se identifica al Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca perteneciente a la Secretaría de Salud, en el cual, mujeres oaxaqueñas acuden para atender sus partos y al que organizaciones de parteras indígenas de Oaxaca en 2007 exigieron una atención humanizada del parto.

⁵² Como por ejemplo: la escuela de parteras –y maternidad- del estado de Morelos (1890), cuyo director dirigió la enseñanza para parteras que ejercían en los pueblos del estado, y quien recopiló y tradujo el ‘Tratado práctico de partos de Budin y Crouzat’ imprimiéndolo a expensas del gobierno en 1900. Otro ejemplo que brinda Nicolás León es el Hospital de Maternidad e Infancia ‘Concepción Cardoso de Villada’ y Escuela teórico-práctica de obstetricia del Estado de México (1893) en la cual, se consideró que personal formado también se desempeñarían como profesores. (*op.cit*)

Cuernavaca (1900) (16). Con excepción de las tres últimas ciudades, estos cursos se crearon donde había escuelas de medicina. (Carrillo Ana María, 1999: 170-171)

Con respecto a requisitos de ingreso, algunos de ellos fueron –en el caso de la escuela de parteras de Morelos- *edad de 18 años, por lo menos; intachable moralidad; constitución sana, conocimientos de lectura y escritura del idioma nacional, así como de la aritmética* (León, 1910: 605) y al finalizar los estudios, después de algunos exámenes, se otorgaba el título de *Obstetrix Práctica* expedido por el gobernador del estado y quedando, la egresada, registrada en la Jefatura Política del Distrito. Asunto que denota la consideración institucional de la partería como profesión y configurar –al ser mujeres jóvenes, letradas y hablantes del español- cierto tipo de parteras.

Hubo una continuidad en la regulación, control y certificación de profesiones en el ámbito de la salud. Una profesión a la cual accedían sólo algunas mujeres.

Para 1833, la Escuela de Medicina del Establecimiento de Ciencias Médicas exigía para ser partera los siguientes requisitos: ser mujer de 18 años por lo menos, intachable moralidad, de preferencia casadas o viudas, de constitución sana, conocimientos de lectura y escritura, aritmética, idioma nacional y francés y aprobar al ingreso un examen preparatorio. La carrera duraba dos años, según consta en el Boletín de Instrucción Pública de 1903 (Tomo I), recibían ‘una enseñanza objetiva, ya en cadáver, ya en piezas anatómicas artificiales que habrán de pedirse a Europa.’” (Torres, y Zambrano, 2010: 106).

Con las Leyes de Reforma en el gobierno de Benito Juárez en 1859, la política de salud quedó en las manos del Estado mexicano. Y con respecto a la enseñanza institucionalizada de los cuidados y la medicina, el presidente Porfirio Díaz, en 1898, estableció la “Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros” en el Hospital de Maternidad e Infancia, teniendo a Nightingale como modelo-base de la formación, pues, se conocía su influencia en programas instruccionales de países como Francia y Estados Unidos (*op.cit*). En ese modelo docente, la profesora enfermera o instructora era la responsable de impartir la teoría y práctica en las aulas y en los servicios hospitalarios, donde las alumnas aprendían trabajando simultáneamente con el personal (*Ibid*: 107).

La lectura positivista del estudio de la medicina, las enfermedades y las intervenciones en salud mostró desdén hacia la medicina indígena propiamente; de hecho, al institucionalizarse la partería, el ámbito y la mirada clínica fue ganando terreno; aunque

cabe resaltar que se consideró siempre el vínculo teoría-práctica para la enseñanza y aprendizaje en el arte de partear; un ámbito reconocido también como forma de enseñanza de conocimientos especializados en contextos indígenas sólo que con fundamentos y orientaciones totalmente distintos.

Con la creación del Hospital General en 1905, se formó la primera escuela de enfermeras en el país inaugurada formalmente el 3 de octubre de 1906. (HGM, 2012). Para ser enfermera se iniciaba la preparación académica con estudios de enseñanza primaria y tres años de enfermería, las tareas se concentraban prácticamente en la custodia de los pacientes y en quehaceres de orden doméstico (Villeda; Rodríguez y Córdoba, 2010); formándoseles en materias de anatomía, fisiología y curaciones en el primer año; higiene y curaciones en general en el segundo año; pequeña farmacia, curaciones, cuidados de los niños, parturientas y enajenados en el tercer año (Torres y Zambrano, 2010: 107). En 1911 la Universidad de México asumió la responsabilidad de la enseñanza e hizo depender la carrera de enfermería a la Escuela de Medicina, instituyéndose dos años de duración para la carrera de enfermería y dos más para el de partera. Es hasta 1945 cuando la enfermería y la partería institucional se conforman como Escuela de Enfermería y Obstetricia (*Ibid.*), y dos décadas antes –en el apogeo gubernamental en torno la escuela y enseñanza rural, se crea la carrera de Enfermería y Partera Homeopática dependiente de la Escuela de Medicina Homeopática, regulada por la Secretaría de Educación Pública, la cual, fue posteriormente incorporada, en 1937, al Instituto Politécnico Nacional (IPN); tendiendo como requisitos de ingreso: contar con certificado de primaria, cubrir cuotas de inscripción y disponer de tres uniformes reglamentarios. (*op. cit.*, p. 108)

Durante la Revolución Mexicana, las mujeres realizaron múltiples funciones, apareciendo en todos los lugares, destacándose en el cuidado de los heridos, manifestando sólo buena voluntad, conocimientos de yerbas y habilidades en curaciones sencillas, mientras que, paralelamente se venían formando parteras y enfermeras en escuelas e instituciones de salud; en las zonas rurales la partera continuaba ejerciendo y recreando su hacer médico. Y en el campo de batalla una gran mayoría de mujeres:

[...] autoatendían sus partos o eran auxiliadas por sus compañeras [...] para continuar de inmediato su camino que seguían los revolucionarios.

[Y] los recién nacidos eran alimentados al seno materno, en caso de no ser posible, existía un amplio sentido de solidaridad y [éste era alimentado por] otra mujer siempre con leche materna. (Castañeda, 1988: 37)

En términos generales, en estos años fue cobrando un lugar importante la partería profesional que poco a poco fue perdiendo terreno debido a la incursión de la obstetricia en la medicina (y a los médicos cirujanos propiamente). Y que la orientación en la formación de estas parteras las ligaba más hacia la visión biológica y clínica de la atención del parto.

Después de la revolución la intervención política de los gobiernos en torno a la reconstrucción social, política, económica y cultural del país; los pueblos indígenas quedaron englobados en una denominación genérica, considerándolos como campesinos a quienes el Estado mexicano dirigiría su política pública. Un actor social que surgió ante la necesidad tanto de pacificar el campo como de homogeneizar a la población rural, para configurar una nueva identidad: la nacional (Guillermo Palacios, 1999: 35-53 retomado en Reina, 2011); y que sirvió para pacificar y controlar las masas agraristas (*op. cit.*). El campesino sería el receptor de las nuevas políticas públicas del país. Y básicamente se trataba de población que fue perdiendo su lengua y su vestimenta (Reina, 2010).

En tiempos posrevolucionarios los pueblos indígenas quedaron englobados bajo la categoría de campesinos considerándoseles como objetos de política del nuevo rostro del Estado mexicano, ahora, a través de medios institucionales y legales, siendo la constitución de 1917 un claro ejemplo del “nuevo” marco jurídico de las relaciones entre el México imaginario y el México real, el México profundo.

En el campo, en el medio rural se fue configurando una figura que, en principio, tuvo la gran misión de impulsar los grandes cambios culturales, económicos y sociales que el país necesitaba: el *maestro rural*, quien fue tomando un papel protagónico como agente de cambio.

Para José Vasconcelos, Rafael Ramírez, Moisés Sáenz y Narciso Bassols (entre 1921 y 1931) el maestro rural representó un papel principal para que, a través de la escuela y otras agencias del Estado mexicano, se generaran cambios para la constitución del país como nación moderna, que requería la incorporación de campesinos e indígenas a una cultura, el uso de una lengua; haciéndoles llegar la “herencia cultural de la humanidad” (cuyo referentes serían Europa y Estados Unidos), ello desde un enfoque positivista y

racionalista con el cual se miraba a las comunidades y a sus prácticas socio-culturales en condición de retraso y, con ello, desprestigio hacia su gente y hacia sus especialistas médicos, considerando a su medicina como creencias, supersticiones y eventos mágicos los cuales debían ser transformados, sustituidos o erradicados o, a su práctica agrícola como rudimentaria y atrasada y a su producción como escasa y pobre.

El maestro rural figuró como intermediario situándose como líder, como constructor y transformador de la comunidad para, no sólo incorporar al indio y al campesino al proyecto moderno, sino transformar los ámbitos del trabajo, la producción y el consumo y, asegurar con ello su inserción a la economía capitalista (liberal), convirtiéndolos de campesinos a proletarios del campo. Su labor no se centró únicamente en los educandos sino se extendió a la comunidad y después, con Bassols, figuró como planificador económico tomando a cargo una región para transformarla productivamente (Aguirre Beltrán, 1976) capacitando al campesino para incrementar la productividad de su trabajo.⁵³

Pretensiones que se instrumentaron a través de Misiones Indígenas, las Escuelas Rurales (conocidas en medio indígena como Casas del Pueblo), las Normales Rurales y las Escuelas Regionales Campesinas. Proyectos educativos que, experimentaron, en principio cierta autonomía, al no poseer una regulación total por parte de la SEP (Civera, 2008), posteriormente pasaron a ser uno de los instrumentos primordiales para extender la política pública en zonas rurales.

Ya con Cárdenas en el gobierno y con Bassols como secretario de educación, se confirmó que se requería de otras instituciones para transformar la vida en el campo (Civera, 2008). La escuela rural figuró como la herramienta más eficaz para el logro de la transformación campesina y, con ello, la redistribución de la salud, los recursos, el conocimiento y la dignidad entre las masas. (Aguirre Beltrán, 1976: 10)

⁵³ Para Rafael Ramírez el maestro rural no sólo debía extender el castellano a las comunidades campesinas e indígenas sino propiciar la adquisición de las costumbres y formas de vida de la cultura nacional para que en ellas radicarán *gente de razón*; ello con la pretensión de unificar al campesino y al indígena como *clase proletaria*, haciéndoles llegar también la enseñanza técnica y trabajos manuales a las comunidades para el desarrollo comunitario y su incorporación, con ello, a la nación que se pretendía construir después de la Revolución. Por ello Rafael Ramírez concedió papel activo al maestro rural, viéndolo como líder, agitador social, médico en el sentido de luchar contra las enfermedades comunes y etnólogo para el manejo de la cultura local; un guía que intervenía en la modificación cultural de la gente ante el advenimiento de la nueva sociedad (la nacional).

En estos años se configuró una institución educativa de importancia socio-pedagógica al involucrar labores educativas con la transformación del medio económico y social de las comunidades, cuya pretensión de origen figuró como una institución que:

(...) abandonara las aulas para lanzarse a la calle y a las tierras de labranza; que tomara como sujeto de enseñanza al niño y al adulto, al hombre y a la mujer, como elementos indisolubles en la estructura de la comunidad considerada como un todo; y que el maestro que la sirviera, además de cumplir el rol de enseñante, se convirtiera en procurador de pueblos, líder del lugar, promotor del cambio revolucionario, gestor de sus reivindicaciones agrarias y políticas y eslabón de enlace entre el campo y la ciudad. (Aguirre Beltrán, 1976: 10-11)

Se suman a la Escuela Rural las ideas de la escuela nueva, las experiencias creadas con base en las utopías de misioneros conquistadores, el interés por secularizar la enseñanza, los idearios positivistas como el interés por popularizar la enseñanza. Con la Escuela Rural se propone incorporar a los sujetos del acto educativo en una formación nacional unívoca. Educar al indio y al campesino para colocarlos en las condiciones de valorar su posición social y generar la posibilidad de transformación social; incorporándolos a la vida moderna desde la transformación económica, es decir, se negaba al indio recrear su cultura pretendiendo su integración al proyecto de nación a través de su participación en la industrialización del país; por lo cual se le percibió como un problema y con él, a sus formas de vida y pensar el mundo. El “problema indígena” para Cárdenas se resolvía mexicanizarlo, si bien, se reconocía su existencia (como indio o campesino) pero, no se le reconoció su derecho a pertenecer a una cultura distinta.

La incorporación del indígena, entonces, fue una de las metas del programa político que se propuso en el cardenismo, política que tuvo continuidad con los regímenes posteriores. La estructura que adoptó el programa tuvo como base los planteamientos que el etnólogo Manuel Gamio venía desarrollando desde 1915 [*la integración* como respuesta al problema indígena de México]. La estrategia propuesta presuponía que mediante la restitución de tierras de que los indígenas habían sido ilegalmente despojados durante el siglo XIX, la constitución de ejidos, la protección jurídica, la educación formal y la implantación de medidas sanitarias y económicas, podría lograrse la ‘redención’ del indígena y su integración progresiva a la nación. (Page, 2002: 27) [Subrayado mío]

Para tal efecto se creó el Departamento de Acción Social y Cultural y de Protección al Indígena que definió posteriormente la política indigenista del Estado mexicano (Medina Hernández, 1991).

En 1945, con el general Ávila Camacho, se crea la Dirección General de Profesiones y se elaboraron reformas constitucionales que llevaron, para el caso de las medicinas de nuestro país y a quienes las ejercían, una relación jurídica desigual ya que se otorgó exclusividad legal a la práctica médica académica, la cual sería determinada por el Estado y llevó a tipificar y a considerar como fraudulentas las prácticas médicas del curandero y la partera y que, estos especialistas, las realizasen de forma clandestina (Page, 2002).

Y con respecto al “problema indígena”, se dio paso a una política indigenista integracionista con bases institucionales, para lo cual, en 1949 inició sus trabajos el Instituto Nacional Indigenista, en cuyos programas y acciones se pretendió conformar, en los indígenas, hábitos acorde a la sociedad mexicana (Fevre, 1973 citado en Page, 2002: 28), procurando cambiar costumbres en torno necesidades básicas: salud, casa, técnicas alimentarias, educación y en sus técnicas de producción agrícola y artesanal.

Para la década de los cincuenta, Aguirre Beltrán ubicó la posibilidad de formar agentes de salud, parteras y curanderos en ámbitos urbanos mientras se transitaba (sustituía) al modelo médico indígena por el modelo médico moderno (académico-institucional) en estos espacios; salvo en algunas excepciones, pues, consideró que parteras rurales no podían ser capacitadas en medicina moderna.

Sin embargo, con el estudio que Isabel Kelly (1955) presentó sobre parteras rurales, manifestó la posibilidad de que fueran formadas a través de programas institucionales y sugirió las situaciones en que estas mujeres podían ser capacitadas, así como, en los aspectos en que se “debían” realizar cambios radicales. Además consideró importante que, si se pretendían realizar programas institucionales, ello podía planearse para el ámbito regional.

Así que, no podía ser negada la injerencia de parteras indígenas y parteras tradicionales en el acompañamiento al proceso materno, siendo ésta una práctica sociocultural de larga trayectoria y, para esos momentos ya diversificada debido al tipo de formación y práctica de quienes la ejercían, habiéndose configurado la partera empírica y la

partera clínica (profesional) durante la colonia. Una formación que condiciona la construcción de una práctica social.

En la década de los setenta se hizo explícita esta diversificación con tres tipos de parteras: *tradicional*, *empírica capacitada* y *empírica no capacitada*, tipología que confirma a razón de la investigación realizada en 1987 sobre *parteras rurales en México* (Mellado, Zolla y Castañeda, 1989) donde concluyen que dichas parteras pasarán, con el tiempo, a ser *parteras* capacitadas, es decir *formadas*⁵⁴.

Con el ingreso en 1971 de la República Popular China a la Organización de las Naciones Unidas, los planteamientos en torno la “medicina tradicional” se volcaron hacia el reconocimiento de su coexistencia y complementariedad en las prácticas curativas de las sociedades y como un “recurso” principalmente para los países en vías de desarrollo y, en especial, en sus zonas rurales. También fue una década en que se desarrolló una política demográfica en caminata al control de la natalidad.

Los dispositivos intrauterinos compiten con las bombas y la metralla, en el sudeste asiático, en el esfuerzo por detener el crecimiento de la población en Vietnam. En América Latina resulta más higiénico y eficaz matar a los guerrilleros en los úteros que en las sierras o en las calles. Diversas misiones norteamericanas han esterilizado a millares de mujeres en la Amazonia, pese a que ésta es la zona habitable más desierta del planeta. En la mayor parte de países latinoamericanos, la gente no sobra: falta. (Galeano, 1971: 21)

A las parteras de las comunidades campesinas e indígenas se les consideró como agentes potenciales en la entrega de servicios materno-infantil y de planificación familiar (Huerta y Keller, 1976). Una consideración debido a su condición de género, por pertenecer a la comunidad y por ser ellas quienes atienden en su mayoría los nacimientos en áreas rurales. A razón de ello se consideró importante capacitarlas.

Es evidente que las condiciones que obligan a la población rural a solicitar la atención para su salud de las empíricas [parteras] persistirán por algún tiempo y por tanto, la importancia de este personaje auxiliar de salud perdurará. Cualquier acción dirigida a mejorar la calidad de la atención impartida por las empíricas tendrá un impacto positivo en la salud de los habitantes del área rural. (*Ibid.*, p. 890)

⁵⁴ Proyecto de investigación denominado: *La atención al embarazo y parto en el medio rural mexicano*, realizado por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) en colaboración con el IMSS, que obtuvo apoyo financiero de la Comunidad Económica Europea, dentro del Programa de Cooperación Científica entre la Comunidad Económica Europea y México.

Se manifestó como necesario una capacitación sencilla y repetida hacia la enseñanza práctica del cómo con el porqué, mencionando únicamente en términos motivadores y sin muchos detalles médicos, podría contribuir a la mejoría en la atención materna y del recién nacido; sobre todo si cubre los puntos sobre los cuales los conocimientos de las parteras son especialmente débiles:

1. Detección de los signos de embarazo.
2. La importancia de las complicaciones durante el embarazo y de la canalización a los servicios médicos, de las pacientes que las presenten.
3. Consejos para la embarazada
4. La preparación correcta de la paciente, la empírica misma, y el lugar donde se atiende el parto.
5. El instrumental mínimo básico para la atención del parto y su uso (puede ser aconsejable que el programa proporcione este material)
6. Detección del parto anormal
7. Conducta adecuada frente al parto anormal (de distintos tipos) para obtener ayuda médica (o en caso de que no puede llegar).
8. Actuación en casos en que no nace o nace incompleta, la placenta.
9. La correcta aplicación de gotas a los ojos de los recién nacidos.
10. Detección de los problemas en el recién nacido; conducta frente a ellos.
11. Atención correcta en el puerperio normal
12. Detección de complicaciones durante el puerperio y conducta frente a ellos. (Huerta y Keller, 1976: 891)

Estableciendo un perfil institucional de parteras capacitadas: jóvenes y con mayor escolaridad, pues, se atribuyó como problema en las parteras de mayor edad su vejez, su analfabetismo y la falta de conocimientos básicos. La orientación en torno el control de la natalidad y la consideración del trabajo de la partera en este sentido continuó con el tiempo.

Más adelante, en 1977, la XXX Asamblea Mundial de la Salud emitió una resolución recomendando a los gobiernos a que dieran importancia adecuada al empleo de sus sistemas médicos tradicionales (Page, 2002). El reconocimiento de la medicina tradicional de forma institucional se encaminó desde políticas internacionales de salud, con la Declaración de Alma-Ata en 1978 emitida por la OMS y el UNICEF⁵⁵, los médicos indígenas figuraron como “recursos humanos de salud” que pueden contribuir a la extensión de la Atención Primaria de Salud (APS) en marco de un propósito: “*Salud para todos en el año 2000*”. Cuyas estrategias se basaron en la participación en el plano local de

⁵⁵ Ver Anexo 2

personal de salud, entre ellos: médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores comunitarios. (Page, 2002)

A raíz de la experiencia de los médicos descalzos en China, la medicina tradicional se hizo visible para las instituciones de salud, como un sistema terapéutico existente pero que, aún resulta difícil considerar su aceptación como un sistema integral que compone maneras de diagnóstico, tratamiento y uso de recursos vinculado a concepciones de mundo distintas a la que sustenta la medicina académica.

Las parteras tradicionales figuraron como un *recurso humano* privilegiado para extender la APS y contribuir a los cambios culturales en individuos, pueblos y grupos en zonas rurales e indígenas. La OMS en 1986 editó una recopilación de textos en los cuales mostró un panorama de las respuestas obtenidas a razón de los programas de formación (capacitación) de parteras en el mundo reconociendo que:

El adiestramiento de las parteras tradicionales puede mitigar el riesgo de mortalidad y morbilidad resultante de una partería deficiente y hacer al mismo tiempo que las parteras contribuyan de manera positiva en lo tocante a la salud de la madre y el niño, planificación de la familia y otros componentes esenciales de la atención primaria de la salud. (Mangay, 1986: 5)

Que para el caso de las Américas, Cosminsky (1986) sugirió que para la implementación de algún programa de capacitación es necesario conocer la matriz cultural en la que sustentan las parteras su práctica (el ámbito ideológico que condiciona sus acciones); así como comprender la función social de ésta y su sistema de valores.⁵⁶

En México la capacitación a parteras continuo en la década de los 80's, 90's y primeros años del siglo XXI, con acciones coordinadas tanto por el INI, el IMSS⁵⁷ y la SSA. Se realizaron acciones en estados como Nuevo León (Sieglin, 2004), Oaxaca (Sesia, 1992; Castañeda y Lerín, 1999), Chiapas (López Silva, 1999; Heredia, 2007), Puebla

⁵⁶ Al igual que Isabel Kelly (1955), Cosminsky (1986) considera importante comprender el ámbito cultural de las parteras, el ámbito ideológico que sustenta su práctica (las razones que otorgan a las propiedades de los alimentos y su uso en relación al proceso materno –qué alimentos ingerir durante el embarazo, durante el parto y en el puerperio-); las consideraciones que sobre el parto poseen los pueblos –asunto familiar- las formas de parir, lo concerniente al corte del cordón umbilical, el trato de la placenta y el uso de sobadas o talladas para el “acomodo” del bebé. Consideraciones que no deben ser tachadas de nocivas sino se posee un claro sustento basado en evidencias de su perjuicio y que, sin embargo deben ser conocidas y tomadas en cuenta para la planeación y ejecución de programas de capacitación, considerando también que dichas necesidades de formación deben emerger de las propias parteras.

⁵⁷ En sus distintas facetas en el campo rural: COPLAMAR, SOLIDARIDAD, PROGRESA y OPORTUNIDADES.

(Fagetti, 2008), Veracruz (Moreno, 2005) y Yucatán (Jordan, 1989) como algunos ejemplos; y se elaboraron manuales (SSA, 1992) pero, existen escasos trabajos de evaluación de dichas intervenciones educativas, de hecho, los trabajos arriba mencionados son sólo estudios cuyo abordaje demuestran la existencia de dichos cursos, sin embargo, no hay material enfocado al análisis pedagógico de dichas intervenciones.⁵⁸

Cabe resaltar que paralelamente al desarrollo de los programas de salud de instituciones de Estado en espacios indígenas y campesinos también se fueron gestando, en dichos espacios, movimientos organizados en torno una salud digna, es decir, acciones y proyectos de autoatención construidas con y desde las propios grupos étnicos impulsados, en su momento, por una Iglesia de base. En 1968 se llevó a cabo la Segunda Conferencia General del Episcopado Latinoamericano, cuya temática versó sobre ‘Iglesia y cambio social’ en la ciudad de Medellín, Colombia (Pérez Hernández, 2010); en la cual se colocaron las bases para la reconfiguración de la Iglesia, optando por los grupos pobres, desde los pueblos y no hacia ellos. Se fue generando con el paso del tiempo un discurso religioso construido desde la experiencia de las comunidades; una teología que se crea y recrea desde los referentes culturales de los pueblos originarios.

Aquellas ingenuas pretensiones de enseñar *castilla* a todos, de tratar de poner vestido o zapatos al indio y de mejorar su economía fueron abandonadas. El Concilio nos ayudó, por tanto, a ver que las culturas no sólo deben ser respetadas porque son la manera de ser de un grupo humano, sino que también son el receptáculo de una presencia reveladora de Dios [...] No se trata, pues, únicamente de un respeto por la dignidad de la cultura, porque es parte del ser humano, sino que es el reconocimiento de una presencia salvífica de Dios en las culturas [...] El tratar, por tanto, de descubrir cómo está Dios presente en estas culturas nos hizo dar un viraje significativo. (Ruiz y Torner, 2003: 23)

Una iglesia originada desde las comunidades, y fue a través del estudio teológico que se propiciaba el análisis de las condiciones de vida social y se perfilaban acciones de transformación. Siendo la educación popular su eje metodológico para desarrollo comunitario en marco del respeto de la cultura indígena.

En México, específicamente en Chiapas, la Diócesis de San Cristóbal de las Casas con don Samuel Ruiz a la cabeza y, ante las resoluciones del Congreso Indígena de Chiapas

⁵⁸ Los trabajos de análisis al respecto fueron realizados desde la antropología por Cosminsky (1977, 1986), en los cuales hace explícito ciertas consideraciones que deben tomarse en cuenta para la implementación de intervenciones educativas dirigidas a parteras.

en 1974 la práctica teológica se fue reconfigurando desde la experiencia cultural de los pueblos indígenas⁵⁹. Se dio paso al desarrollo de una teología de base que, a su vez, favoreció el desarrollo comunitario en salud, educación y agricultura a través de la formación de promotores comunitarios. Acciones que colocaron a pueblos, comunidades y grupos étnicos como SUJETOS que se reconocen en su condición histórica, capaces de transformar las condiciones sociales de opresión. Si bien, en principio en marco de relaciones asistenciales, posteriormente se caminó hacia construcciones de aprendizaje compartido, de acompañamiento y colaboración entre pueblos, comunidades y organizaciones sociales.

En la misma temática pero, desde construcciones sociales en marco de la participación activa de pueblos, comunidades y grupos étnicos en nuestro país, es merecido enunciar los trabajos realizados en zonas autónomas zapatistas cuya experiencia se relata en un trabajo anterior (López Enríquez, 2011) y que, cabría mencionar, con respecto al tema que nos interesa: *formación de parteras* que, si bien, la formación de personal de salud como promotores se inició antes de la declaración de guerra en 1994 contra el gobierno federal, formando cuadros sanitarios que dieran respuesta a las emergencias de guerra, después, cuando se optó por la construcción de la autonomía indígena en zonas recuperadas, los zapatistas fueron creando una red de salud con infraestructura, personal y equipos –todo ello con apoyo de la sociedad civil y organismos no gubernamentales- hasta lo que hoy consideran como el Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ), con la mirada siempre de respeto hacia su sistema médico tradicional y, desde los primeros años del siglo XXI, trabajando coordinadamente con ellos e incluso favoreciendo la formación de personal médico tradicional como: parteras, hierberos y hueseros, en su programa denominado “Las Tres Áreas”, en el cual, son propiamente médicos tradicionales quienes forman a jóvenes indígenas, principalmente aquellos elegidos por sus comunidades o quienes de forma voluntaria han declarado estar comprometidos con el trabajo adquirido. Formación que retoma también prácticas de la medicina académica (auscultación del feto fetal con estetoscopio pinard, detención de riesgos durante el embarazo y antes del parto, por ejemplo). Capacitaciones que se realizan conjuntamente entre médicos tradicionales y promotores de salud sexual y reproductiva –agentes de salud que se han formado en marco

⁵⁹ En la cual emiten una declaración en torno la salud de los pueblos indígenas de la región (ver Anexo 4).

de la autonomía zapatista (y la educación autónoma) y asisten a mujeres en su proceso materno- con orientación biomédica principalmente pero, en marco del respeto y aprendizaje de la medicina tradicional los patrones culturales de sus pueblos.

Un panorama que manifiesta intervenciones de instituciones de Estado hacia los pueblos indígenas en general y hacia las parteras en particular, vía programas de salud con visiones de negación: sustitución, integración y desarrollo, considerando a estas mujeres como “recursos humanos” claves para generar la integración de los grupos étnicos al proyecto de nación y, con ello, al uso de la medicina moderna, sus instituciones, su personal y, más allá de ello, al concepto de cuerpo que sustenta.

Políticas y programas de gobierno que no reconocen a personas, pueblos, comunidades como SUJETOS de decisión y opción política y, con ello, a la negación de su cultura, de su derecho a la autodeterminación y la autonomía, es decir, no se reconoce su papel histórico de ser constructores de su propio devenir, pues, ello obligaría al Estado mexicano consultar de manera informada a parteras, médicos indígenas tradicionales, pueblos, comunidades y ciudadanía en general no sólo para planear y desarrollar programas sociales sino también de las políticas, reformas legislativas y proyectos mercantiles que se realizan tanto de manera local, regional como nacional en sus territorios (espacio cultural-simbólico-material).

Una manera de proceder que niega otras formas de comprender el mundo, el cuerpo, el nacimiento, la muerte, el parto y el embarazo y, con ello, las maneras de aprehenderlo, de hacer experiencia la vida, principalmente, en la formación de sus especialistas médicos, formas propias de educarse basadas en la observación, experimentación, reflexión y conceptualización de lo practicado manteniendo el vínculo entre cuerpo y alma (espíritu) a través de la ritualidad y el ámbito de lo sagrado.

Un indigenismo institucionalizado del siglo XX y primera década del siglo XXI, con reminiscencias del colonialismo del siglo XVI, el cual se enviste sobre tres categorías: una sociológica -el género-, otra antropológica -lo étnico- y una económica -la pobreza-.

Sólo que los grandes embates al que se enfrenta hoy esta manera de proceder es a la movilidad socio-cultural, para el caso de los pueblos indígenas, intracomunitaria donde se recrea lo necesario para continuar su estar-siendo comunidad –estrategias en el ámbito cotidiano y de relación con la alteridad- y su organización extracomunitaria configurando

identidades abarcativas en la lucha y defensa de sus territorios que permite recrear la vida de pueblos campesinos e indígenas.

Así como el desarrollo de una *educación propia* que se articula a formas propias de enseñar y enseñarse en la labor, que cruza tanto la trayectoria familiar, la designación del don y el llamado confirmado –por el mismo proceder de la persona designada-, así como maneras de compartir en una relación maestro-aprendiz.

Educación propia y educación oficializada que fueron configurando sujetos y prácticas sociales en torno maneras de entender el embarazo, el parto y el puerperio.⁶⁰

Las experiencias de vida de Agustina y Mary son entradas y salidas de estos caminos, de procesos históricos que ellas resuelven en el sentido de brindar seguridad a procesos maternos y que articulan en su vida singular.

⁶⁰ Y no sólo, pues, si bien la partería indígena prehispánica se ubica como parte de un sistema médico articulado en torno formas de pensar y vivir la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, así como el cuerpo y el alma –tonalli- (fuerza vital); las maneras de diagnosticar, las terapias y tipos de terapeutas; por lo que las parteras no únicamente se dedicaban al acompañamiento al parto, la atención a la embarazada y seguimiento en el puerperio sino implicó conocimientos bastos y precisos en herbolaria así como en el cuidado de padecimientos de mujeres y niños.

Construyendo caminos: organización social de base

'el pueblo es capaz de cuidar su salud y tomar sus propias decisiones, (...) la comunidad debe participar en la elaboración de las políticas de salud, debe tomar las decisiones y vigilar que se cumplan. Los indígenas tenemos derecho a la tierra, el trabajo, la vivienda digna, el agua, etc. Y tenemos derecho a controlar todos los recursos que son de nuestros pueblos y forman parte de la salud.'

Declaración de Moisés Gandhi (1997)⁶¹

Decidir, ser constructores de su propia historia posibilitando transformaciones en lo social, es lo que pueblos, organizaciones y personas no sólo han demandado sino que han construido con trabajo cotidiano, día con día, configurando redes y mecanismos de participación social comunitaria o recreando sistemas propios ya sea de salud o de educación o siendo partícipes en la construcción de otros sistemas -como los que se configuran en zonas zapatistas-, ello con el propósito de construir formas de reproducir y recrear la vida.

Experiencias de participación social, de acciones colectivas y trabajo común que se entrelazan –directa o indirectamente- con formas de organización comunal⁶² y la medicina de los pueblos indígenas –relación con terapeutas y especialistas de los pueblos- para dar posibilidad a mecanismos de *autoatención* y *autogestión* en salud; donde la educación, el proceso de equilibrio entre salud-enfermedad y la participación social activa han sido ejes centrales de toda acción social.⁶³

Trabajos organizados que son ejemplo de la movilización de la sociedad mexicana en el campo y la ciudad ante panoramas de inaccesibilidad a servicios de salud, de

⁶¹ Primer Foro-Encuentro de Promotores de Salud en zona zapatista, realizado en Moisés Gandhi, comunidad de la Región Autónoma Toztz Choj, en el estado de Chiapas en 1997, donde afirman como responsabilidad: *la salud en manos del pueblo*. (Anexo 3)

⁶² Con asambleas comunitarias, trabajo colectivo y comunitario, el escuchar y compartir –sistemas de retribución comunitaria- así como la asignación de cargos.

⁶³ Movilización de grupos, colectivos y personas que empieza a gestarse en nuestro país desde la década de los setenta y cuyo ejemplo puede citarse la labor de la Diócesis de San Cristóbal, después del Primer Congreso Indígena “Fray Bartolomé de las Casas” llevado a cabo en 1974 en San Cristóbal de Las Casas (ver anexo 4). Una labor que hace constar la decisión de la Iglesia por los pobres. En este caso se optó por *estar con* los pueblos indígenas, prepararse con ellos y hacerse de herramientas que posibilitaran el encuentro entre la Iglesia y las culturas indígenas (López Enríquez, 2011). Donde estos pueblos son reconocidos como sujetos constructores y transformadores de su realidad a quienes la Iglesia debe su aculturación teológica. Para los años ochenta se desarrollan trabajos de salud y educación popular en varios estados de nuestro país desde una organización de base, donde los sectores medios urbanos tuvieron una importante intervención. Trabajos que para los noventa, se reconfiguran y politizan a raíz de la insurgencia zapatista por la necesidades tomar partido en apoyo o en oposición a la lucha zapatista (González Figueroa, 2002).

educación, falta de trabajo y salarios justos, falta de vivienda, falta de acceso a la tierra; lo que en los últimos veinte años se ha traducido en demandas y trabajo organizado en torno derechos humanos, género, cultura indígena, defensa del territorio y el ejercicio de la autodeterminación y autonomía de los pueblos; experiencias en salud y educación donde los involucrados se reconocen como *sujetos-históricos*; acciones a corto, mediano y largo plazo donde la socialización del conocimiento –formación de personal de salud- ha sido y es una de sus bases fundamentales para que las personas y los pueblos accedan a un derecho: la salud, viviendo ésta como responsabilidad colectiva sin dejar de exigir a las instituciones del Estado mexicano sus responsabilidades.

Nuestro país es ejemplo claro de estas construcciones sociales de base cuyas manifestaciones son resultado de procesos históricos de relación –compleja y en tensión- entre los pueblos que componen nuestro país –y sus proyectos de vida- y las acciones jurídicas, económicas y políticas públicas del Estado-nación –en marco de proyectos de nación-, así como –en los últimos treinta años, de la respuesta de la sociedad civil a problemáticas sociales-. Es decir, acciones resultados de políticas impuestas y de las construidas desde abajo.

La Declaración de Moisés Gandhi epígrafe principal de este capítulo puede ser colocada como síntesis de esas relaciones, por un lado, la visión de organizaciones campesinas e indígenas, urbanas y de sectores medios que participaron y crearon mecanismos para posibilitar *la salud en manos del pueblo*: formando personal de salud (promotores/as de salud, educadores/as en salud, acompañando a parteras indígenas; re-significando la herbolaria y otras terapias “alternas”); construyendo infraestructura de salud: casas de salud, dispensarios médicos, clínicas, algunos hospitales –como el de San Carlos en el municipio de Altamirano, Chiapas-, farmacias colectivas y comunitarias-; así también centros de enseñanza⁶⁴, métodos de formación de promotores de salud y

⁶⁴ En Chiapas el Centro de Capacitación del Programa de Salud Comunitaria en Marqués de Comillas (PSCMC) que inició trabajos en 1994 hasta su cierre en 2004, donde continuaron su formación promotores/as de salud y parteras comunitarias de la zona que venían trabajando la red de salud construida en torno dicho programa de salud desde 1985 en coordinación con el INI. El desarrollo de clínicas-escuelas y hospitales-escuelas donde se forman actualmente promotores/as de salud y educadores/as de salud en zonas autónomas zapatistas en el mismo estado; trabajos a mediano y largo plazo que sustentan organizaciones sociales de base y la colaboración de organizaciones de la sociedad civil en la construcción de autoatención y autogestión en salud, que para el caso zapatista ello se centra en torno un proyecto de vida más amplio: la construcción del proceso de autonomía y el ejercicio de la autodeterminación de los pueblos

manuales⁶⁵; libros para personal de salud en espacios rurales⁶⁶ y metodologías educativas alternas construidas con base en la experiencia y la reflexión⁶⁷. Todo ello con el propósito de que pueblos, comunidades y organizaciones campesinas, indígenas, urbanas y de mujeres materializaran el derecho a la salud y, con ello, incidir en la reducción de índices de morbi-mortalidad local y regional, lo que ha permitido la articulación de *modelos de atención* entre ellos, el correspondiente al *sistema de salud propio de pueblos indígenas*, con sus diferentes articulaciones y especificidades.

Un trabajo social y de base que ha permitido un sustento de colaboración y construcción social, colocando en emergencia el reconocimiento de prácticas socio-culturales, nunca estáticas, de los pueblos y las culturas de pertenencia de las comunidades y pueblos involucrados; esto manifestado como recuperación, revaloración y rescate de la *medicina tradicional indígena*, creando una articulación de modelos médicos –técnicas terapéuticas, formas de diagnóstico y tratamientos- así como personas que respondan a problemáticas de salud –entre ellas las mujeres, madres y abuelas, que intervienen en el

indígenas. Para el caso de Oaxaca se puede mencionar el Centro de Capacitación Integral para Promotores Comunitarios (Cecipro) construido en la Sierra Norte, el cual apoyó a comunidades zapotecas, mixes y chinantecas. Trabajo cuyos antecedentes se marcan en 1982 y se establece como proyecto hacia 1991. Con el apoyo del Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”, con la colaboración interinstitucional del INI, el Instituto de Biología de la UNAM y la UAM-X, a través de Estomatología.

⁶⁵ Métodos en de enseñanza en salud donde se han vinculado: la educación popular, la participación comunitaria, la visión social del proceso salud-enfermedad y el sistema modular. Y manuales como *Salud, conciencia y organización. Método de formación de promotores de salud*, escrito por García Ramírez (1990) pero resultado de ‘nueve años en el intento de formar promotores de salud con una visión social de los problemas de salud y con un fuerte compromiso para con sus comunidades.’ (García Ramírez, 1990: 13). Ejemplo también es el manual *Construyendo la salud*, elaborado por la asociación civil Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC, A. C.) en el año 2000, como resultado de 16 años de trabajo en el estado de Chiapas en educación en salud. También pueden mencionarse los *Manuales de Salud Comunitaria* elaborados por el Centro Nacional de Misiones Indígenas (CENAMI) y aquellos elaborados por la entonces asociación Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular (PRODUSSEP).

⁶⁶ Como el libro: *Donde no hay doctor del doctor. Una guía para los campesinos que viven lejos de los Centros Médicos* de David Werner, escrito originalmente para los campesinos de la Sierra Madre Occidental de nuestro país, donde el autor desarrollo conjuntamente con comunidades el Proyecto Piaxtla, en San Ignacio, en la Sierra de Ajoya, Sinaloa; libros que aún hoy en día son guía de trabajo en salud comunitaria, principalmente en la formación de personal comunitario de salud.

⁶⁷ Cecipro, en Oaxaca desarrollo un modelo de *educación integral*, basado en la participación activa del promotor y la comunidad; la reflexión de la multicausalidad de la salud y la enfermedad; así como la utilización regional de los recursos naturales disponibles (Ysunza, 1996). Con SADEC la configuración de un método de enseñanza aprendizaje sustentado en la *educación popular en salud*; la visión social del proceso salud-enfermedad, y el sistema modular; reconociendo la medicina de los pueblos y sus terapeutas (en el caso de las parteras) (López Silva, 1999, 2005; Heredia, 2007; González Serna y Gamboa, 2010; López Enríquez, 2011)

cuidado y curación principalmente de los niños en casos de diarrea o *susto*⁶⁸, por ejemplo, intervenciones situadas en lo que Zolla (1986) denomina *medicinas domésticas*- donde personas, familias y comunidades se hacen cargo de su salud acudiendo únicamente a personal médico –ya sea propio (terapeutas de los pueblos o el promotor/a de salud) o del Sistema Nacional de Salud (SNS)- ya sea por referencia o emergencia médica (Cerde, 2001).

Formas de trabajo educativo que han permitido amalgamar las formas propias de educarse de pueblos campesinos e indígenas, la *educación popular* vinculada al ámbito de la salud y la formación institucionalizada –en la preparación de personal comunitario de salud: promotores/as de salud y auxiliares de salud y la capacitación dirigida a parteras-. Donde la participación comunitaria se recrea con prácticas socio-culturales propias⁶⁹; ampliando también la mirada social de la salud a una perspectiva y vivencia integral y holística (y no únicamente sobre el proceso salud-enfermedad-curación) teniendo como precepto sustancial: *considerar a los involucrados en los procesos construidos como sujetos-históricos, capaces de optar y decidir qué rumbos caminar o veredas construir*.

Trabajos que permitieron admirar problemáticas sociales, económicas y políticas entrelazadas a problemas locales de salud que predominaban en la población y que obedecían a razones sociales y no únicamente de orden biológico; trabajos en *educación popular en salud* que han permitido construir medios de transformación con propósitos a corto, mediano y largo plazo, por un lado, reintegrar la salud a la población a través de trabajos organizados pero también posibilitando los mecanismo para que la *salud* sea responsabilidad del pueblo y toda acción para su generación y cuidado pase a su control, planeación, dirección y ejecución.

Esta fue la apuesta –y sigue siendo aún en nuestro país, desde una organización social de base- y cuyos ejemplos pueden ser muchos -abundantes desde la década de los 80's y reconfigurados en los noventa y primera década del siglo XXI- pero sólo algunos ejemplos bastan para acercarnos a cómo *sujetos-pueblo* han construido formas propias de articular la salud y la educación (entre la formación y modos propios del compartir)

⁶⁸ Padecimiento de filiación cultural (Cerde, 2001).

⁶⁹ Como lo es el tequio, el trabajo comunitario y trabajo colectivo así como la asamblea que les da posibilidad. Una participación comunitaria resultado del desarrollo de una conciencia crítica ante realidades que desafían como problemáticas de violencia y muerte, donde lo fundamental ha sido y es la permanencia y re-creación de los pueblos.

recreando ya sea un *sistema de salud propio* –el de los pueblos indígenas, con sus articulaciones-, para nuestro caso, en el estado de Oaxaca –a través de una partera indígena zapoteca- o dando materialidad a estructuras diferentes de salud, como en su momento fue la que se configuró alrededor del Programa de Salud Marqués de Comillas –en voz y sentidos de doña Mary, partera zoque de Chiapas-. Experiencias en salud y educación que dan cuenta de cómo se han construido caminos en torno la *salud en manos del pueblo*.

Son colocados en este capítulo *la trama* (hilos-base), ordenados en la madera-sostén que permitirá su extensión y acomodo, para posibilitar cruces y enlaces con los hilos del *urdimbre* (de colores y tonalidades distintas) para, con ello -y con un movimiento sincrónico del mecanismo cuya fuerza son los propósitos de esta investigación- dar forma-figura a este otro tejido que se quiere elaborar.

Dicha madera-sostén es la experiencia de vida en torno: *la salud en manos del pueblo*, que como eje articulador permite el movimiento de la trama -sustento de este tejido-; la cual es conformada por las experiencias significativas de vida de mujeres parteras-educadoras presentadas, en su articulación, con problemáticas y experiencias sociales más amplias para, así, crear la base-con-texto que permita veredas hacia una problematización pedagógica en torno *conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias*. Esta madera-sostén se anuncia como:

Salud en manos del pueblo

Salud en manos del pueblo se coloca en las problemáticas puntuales de la comunidad, es lo que le ha dado consistencia, ponerse en la dinámica, en la lógica de las comunidades y en las preocupaciones de la comunidad (...) la salud tiene que empezar en la comunidad (...) producirse en la comunidad (...)

CENAMI (2013)⁷⁰

La salud en manos del pueblo, para la obtención de la salud, es fundamental que las personas se conviertan en sujetos participantes y se responsabilicen de su salud. Esto puede lograrse contando por lo menos con los conocimientos básicos de salud preventiva y curativa. Por ello es importante la socialización del conocimiento médico, tanto alopático como tradicional y alternativo, para resolver las necesidades inmediatas (enfermedades más frecuentes y accidentes)

Corolina Grajales (2001: 90)⁷¹

Declaramos que la salud en manos del pueblo es parte importante de la democracia y autonomía. Por ello, exigimos participar en la creación de nuestras propias leyes de salud por las que se rijan nuestras comunidades. Que nuestro trabajo, apoyado por la comunidad, sea reconocido oficialmente por el gobierno, para tener acceso a los recursos humanos y materiales del Estado en la promoción, prevención, atención y capacitación de la salud.

Declaración de Moisés Gandhi (1997)⁷²

Salud en manos del pueblo se traduce en trabajo organizado de personas, comunidades, pueblos, organizaciones y grupos en torno la salud, la educación y la participación comunitaria en una articulación con el *estar-siendo* comunitario, creando mecanismos de articulación que permiten la recreación y resignificación de sistemas de salud.

Materializado en experiencias en salud y educación de organizaciones sociales que ejemplifican procesos de *autoatención* y *autogestión* en salud, donde se articulan sentidos y significados socioculturales propios y los de la medicina académica-institucional al ser ésta, referente base de los servicios públicos oficiales de atención a la salud, a los cuales se acude y exige servicio ante referencias y urgencias médicas; además, porque es uno de los

⁷⁰ Encuentro Nacional de Salud en Manos del Pueblo, marzo 2013, Sierra Sur de Oaxaca, notas de campo.

⁷¹ Carolina Grajales en 2001 sistematiza parte de la experiencia educativa de la asociación civil Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular (PRODUSSEP) –originada en 1983 en marco del Movimiento Nacional de Salud Popular-, en torno la formación de promotores de salud. Trabajo de la asociación que se vio reflejado en el encuentro de salud en la comunidad de Moisés Gandhi.

⁷² Ver Anexo 3

modelos médicos en el que han sido formados parteras capacitadas y promotores/as de salud en nuestro país.

Salud en manos del pueblo, manifiesta procesos de educación en salud popular donde se configuran sujetos, prácticas sociales y particularidades pedagógicas, en torno la formación en salud comunitaria en espacios de presencia indígena y campesina; donde se hace presente, para la designación de quiénes realizaran la labor y, por tanto, serán formados para esta, el *trabajo comunitario* –a través de la asamblea-, ya sea por elección voluntaria o designación de la comunidad; cuando la labor se sustenta en la participación comunitaria, asunto que marca tanto el desarrollo de la práctica en salud como la relación social con la comunidad y la relación con instituciones de salud oficial.

Lo que caracteriza a este tipo de intervención pedagógica en salud es que los procesos generados están sustentados en la participación comunitaria activa, la socialización del conocimiento y la revaloración de los conocimientos del sistema de salud propio de los pueblos indígenas originarios; lo que conlleva al ejercicio de una práctica social donde se hace uso tanto de *conocimientos propios* de las culturas y pueblos de pertenencia –así como de la intervención de sus terapeutas⁷³- como de otros *conocimientos necesarios* –como los de la medicina académica- para responder a problemáticas locales de salud que van más allá de la presencia o ausencia de enfermedad sino a un todo integral que vincula salud con el territorio, con la resolución de necesidades sociales: trabajo, vivienda, educación, infraestructura en salud, ejercicio de la autonomía y la autodeterminación de los pueblos; es decir, problemas de salud traducidos en acciones sociales para el bien común del pueblo.

Una *salud en manos del pueblo* que se manifiesta también en el desarrollo, recreación y re-producción de *sistemas de salud propios de pueblos indígenas*, con sus especialistas, terapéutica, forma de diagnosticar y maneras de compartir los conocimientos que han pasado de una transmisión heredada de generación en generación como vínculo

⁷³ En la experiencia de educación y salud sistematizada por el Cecipro, se manifiesta que algunos de sus promotores/as de salud formados son a su vez terapeutas de los pueblos: parteras o parteros (ver Ysunza, 1996: 35-40). En el caso de zonas autónomas, con respecto a la elección y asignación del trabajo comunitario como promotores/as de salud algunas veces, se elige al mismo promotor o promotora de salud para prepararse en alguna otra especialidad en salud; es decir, una promotora de salud general o de salud sexual y reproductiva puede ser designada por la comunidad para aprender y trabajar también la herbolaria o colaborar en las clases con parteras, como lo realizan las capacitadoras de salud.

familiar y del don otorgado –a través de sucesos vividos o designación onírica- a maneras de compartir dichos conocimientos en *situaciones de formación*, como las experiencias que se construyen en varias regiones del país, con la participación tanto de organizaciones indígenas y campesinas (y de sus médicos) propiamente o en conjunto con otras organizaciones sociales; como ejemplo de ello se encuentra el proyecto de “Las Tres Áreas”, el cual, se lleva a cabo en zona autónoma zapatista del estado de Chiapas o los cursos-talleres que especialistas médicos de los pueblos realizan en coordinación con organizaciones sociales.⁷⁴

El encuentro realizado en la comunidad de Moisés Gandhi permitió que los trabajadores de salud comunitaria –promotores/as de salud, educadores/as de salud y formadores- re-significaran su labor y el papel que querían asumir ante el contexto de guerra, de militarización en el estado, reflejando con ello una problemática común a otros pueblos indígenas-campesinos de nuestro país y su relación con las instituciones y políticas de Estado.

Un ambiente social en que la aplicación y operación de estas políticas públicas son dirigidas hacia *los más pobres*, principalmente hacia las mujeres siendo ellas en su mayoría población indígena y campesina-⁷⁵, con lo cual se reactualiza la visión indigenista del Estado mexicano y sus niveles de gobierno hacia los pueblos indígenas cuyo elemento eje ha sido que la población sea objeto de política pública.⁷⁶

Experiencias en educación en salud con base en la participación comunitaria activa: política y organizativa de los pueblos, sosteniendo y dando vida a redes de salud en espacios regionales y locales o, para el caso de zona zapatista, dando pasos en la conformación de otro sistema de salud creando mecanismos de articulación con el ya de por sí estructurado *sistema de salud propio de los pueblos* –desde su medicina y especialistas

⁷⁴ Práctica educativa que lleva a cabo Agustina al compartir sus conocimientos en partería con promotores/as de salud, con otras parteras y con estudiantes de partería.

⁷⁵ Uno ejemplo de ello, para Chiapas, desde 1995, en la zona de las Cañadas se instrumentó la política federal a través del *Programa Cañadas* –en el municipio de Ocosingo- y que posteriormente funcionó como Fondos Regionales Compensatorios (Velasco, 2002), cuyo instrumento fueron los Centros de Atención Social (CAS), además del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progesa) y posteriormente el Programa de Desarrollo Humano *Oportunidades* (ver políticas públicas en López Enríquez, 2011).

⁷⁶ Consideración hacia la población que se hace mecanismo para operar los distintos programas sociales a través de lineamientos comunes en la política pública federal: focalización y corresponsabilidad en salud y educación, por ejemplo, como mecanismos de intervención política.

propios- sin dejar de lado la exigencia de respuesta a las instituciones y personal de salud del sistema público gubernamental.

El trabajo que venían realizando las organizaciones sociales reunidas en Moisés Gandhi⁷⁷ tuvieron como estrategia común: *la educación popular en salud*, si bien, centrada en la formación de personal de salud; pero también en la creación de mecanismos de sostén para la *autoatención* en salud: organización de los trabajos, creación de la infraestructura, la elección de sus responsables locales y regionales de salud –como lo son los comités de salud-; así como los vínculos entre mismas organizaciones. Todo ello con una mirada a mediano y largo plazo; acciones cuyo fin principal fue que poco a poco la salud como la educación pasarán a coordinación, dirección, ejecución, evaluación y recreación de los propios pueblos, quienes figuraban como base y protagonistas de toda acción.

Así como la formación de promotores y promotoras de salud también se consideró el acompañamiento a médicos *tradicionales* –principalmente a parteras- con una mirada de “revaloración” y “rescate” de sus “saberes”. Actores sociales que, si bien, han configurado su práctica social de forma distinta, han estado condicionados también a un cruce de

⁷⁷ Algunas de las cuales vinculadas a la asociación civil Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular (PRODUSSEP), la cual nace del Movimiento Nacional de Salud Popular y que aglutinó a grupos campesinos, comunidades indígenas, organizaciones urbano populares y a trabajadores de la salud vinculados a la salud popular (Reygadas, 1998); y con trabajos cristianos (González Figueroa, 2002) cuya fase de maduración dio como resultado la formación de una red de salud y de educación popular. PRODUSSEP, A. C., surge en 1983 concentrando organizaciones de Veracruz, Morelos, Chiapas, Estado de México, Oaxaca, Distrito Federal, entre otros estados, su misión estuvo centrada en: “*incidir en el mejoramiento sustancial de las condiciones de salud de la población mexicana más desfavorecida, contribuyendo a la construcción de un modelo de salud integral e incluyente que enfatice la prevención y participación social, favoreciendo principalmente la apropiación de la salud y el ejercicio del control organizado por el pueblo, sin quitarle al Estado su responsabilidad social.*” (Grajales, 2001). PRODUSSEP estuvo organizada en tres zonas: Veracruz, Sureste y Centro que para el caso del Sureste tuvo trabajo importante en la región Sierra, Frontera, Altos y Marqués de Comillas del estado de Chiapas. En Chiapas estuvo conformada por organizaciones vinculadas a la Diócesis de San Cristóbal, las cuales se dedicaron, en su mayoría, a acompañar y a capacitar a refugiados guatemaltecos pero también en trabajos de salud con población mexicana. En ese sentido, la construcción de infraestructura como la clínica en Poza Rica, municipio de Las Margaritas, la clínica en el ejido Morelia de Altamirano o la de la comunidad de La Garrucha en Ocosingo son ejemplos del aporte en la situación de la salud de la región (González Figueroa, 2002: 130). En la actualidad dicha asociación así como el Movimiento Nacional de Salud Popular se han desarticulado. Sin embargo el ideal de: *salud en manos del pueblo* se ha configurado (desde 1989) en encuentros nacionales de salud para reflexionar y generar acciones en torno problemáticas sociales actuales, si bien, alrededor de la salud pero implicando lo social, lo político, lo económico y de género ante la vivencia de la salud como un todo integral. “*Salud en manos del pueblo*” se configuró como una supra organización social, con veinticuatro años de acción en marco de encuentros nacionales de salud donde se vinculan problemáticas sociales contemporáneas: como la defensa y lucha por el territorio con la *salud integral* y el *proyecto indio* de los pueblos, donde asisten grupos organizados de mujeres y hombres del campo y la ciudad así como de personal de salud propio de comunidades indígenas.

intervenciones sociales con filosofías y presupuestos distintos, es decir, entre intervenciones indigenistas de asistencialismo, extensión, cambio cultural para la integración de la población indígena y campesina al desarrollo y progreso del país como de aquellas intervenciones que los han considerado como sujetos histórico-político creando mecanismos de colaboración o proyectos generados desde la propia organización indígena; pero también como resultado de estrategias de persistencia y reproducción de sus culturas; lo que las coloca en un dinamismo social confirmándose no sólo como culturas de resistencia, en su dinámica histórico-política; sino en constructores de estrategias y tácticas para la vida cotidiana que les permite continuidad y recreación como pueblos.

Es decir, en marco de configuraciones en torno prácticas sociales re-significadas a partir de cruces y márgenes de relaciones en tensión entre instituciones del Estado mexicano, de Organismos de la Sociedad Civil (OSC), y las construcciones propias. Una formación en salud y educación que se reviste actualmente de autodeterminación y autonomía de los pueblos.

En aquella ocasión, promotores y promotoras de salud pronunciaron con base en su experiencia de trabajo y las problemáticas en torno ésta, una ideal de salud⁷⁸ y, por tanto, una política también educativa implícita, cuyas características necesarias fueron establecidas, a saber:

1. **Para tod@s:** la salud no es individual sino colectiva. Es un derecho de tod@s.
2. **Neutralidad:** como trabajador@s de la salud debemos atender a todas las personas sin distinción de raza, color, lengua, edad, credo, género, cultura, partido, dinero...
3. **Responsabilidad:** *la salud debe estar en manos del pueblo* y debemos demostrar que el trabajo de l@s promotor@s de salud es importante y eficaz y que no lo pueden llevar a cabo sin el apoyo del pueblo. (Declaración de Moisés Gandhi, 1997 ver Anexo 2) [Subrayado mío]

Lo que traduce una mirada de futuro, donde los involucrados se viven partícipes y constructores de esa historia resultado del análisis de experiencias de humillación, despojo, violencia, injusticia, guerra y muerte y su consecuencia inevitable en la salud de los pueblos.

⁷⁸ Un ideal fincado en la experiencia de lo injusto, de lo que está ausente, de lo que se vive. Una injusticia con la cual, dice Luis Villoro (2009), se puede *proyectar lo que podría remediarla*.

Sujetos que hacen política, desde sus experiencias de vida: una salud implicada en la dinámica integral del pueblo, salud es “vivir sin humillación”, es colectiva y es responsabilidad de los pueblos en tanto las decisiones de cómo organizarse para generarla, recreando los mecanismos para mantenerla y resguardarla en relación con todo aquello que la hace permanecer (entre ellos el territorio y la cultura). Es decir sujetos que participan en la configuración de una *salud comunitaria* que forma parte del ritmo comunitario de vida y que es a través de ella como se impulsan acciones en salud –mediante el reconocimiento de su sistema de salud propio, la formación de personal de salud comunitaria y la construcción de la infraestructura en salud- para crear redes y sistemas de salud que alimentan procesos de organización social propios.

Una salud comunitaria como un proceso de regulación integral donde los involucrados son sujetos histórico-políticos que sustentan todo trabajo desde una mirada de vida digna. Y pasa a ser parte de la organización comunal para la reproducción de la vida combinándose, para su instrumentación, con todo el tejido social comunitario haciendo uso de los conocimientos necesarios para la práctica de la salud. (López Enríquez, 2011)

En la declaración emitida en la comunidad de Moisés Gandhi se ponen en juego, si bien, términos institucionales –consecuencia del dinamismo de las relaciones sociales, nunca cerradas sino complejas y en conflicto- como la propia historicidad de quienes la emitieron: promotores y promotoras de salud, personas en formación que han re-significado el sentido institucional con que se creó su labor: *instrumentar cambios culturales en población rural*, a través de los Centros Coordinadores Indigenistas del INI; es decir, de una labor que nace en la estrategia institucional de llevar el desarrollo y progreso a población rural para integrarlas al proyecto de nación y que, al cruzarse con educación popular, con participación comunitaria activa y el proceso social e integral de la salud ha sido re-significada y reconfigurada, más aún, por la propia dinámica socio-cultural de los pueblos -con sus mecanismos de cohesión social y su tejido comunitario-, así como por las relaciones establecidas entre éstos y las instituciones de salud del Estado.

Una *salud en manos del pueblo* que, a través de la experiencia de organizaciones sociales, de promotores y promotoras de salud comunitaria se traduce en mecanismos y estrategias de re-producción socio-cultural de los pueblos y de re-significación de la labor de la gente de conocimiento y especialistas y terapeutas indígenas que han mantenido y

recreado formas de vivir la salud, la enfermedad, la muerte y el nacimiento y las maneras de compartirlo como parte de *su estar en y con el mundo*, recreándolo.

Lo que importa para esta investigación es precisamente cómo estas personas de conocimiento han vinculado su labor (que se cruza entre el *don otorgado*, el trabajo comunitario y al autoaprendizaje), con acciones en torno la educación popular y la organización en salud; cómo se articulan los sistemas propios de salud, con otras estructuras de salud o propuestas de trabajo en salud –en vínculo con ONG’s, por ejemplo o con el Sistema Nacional de Salud (SNS)-.

¿Qué experiencias vincularon a las interlocutoras de este estudio con la *salud en manos del pueblo*? Su vivencia y re-significación particular –entre los sentidos y significados de sus culturas de pertenencia- como su articulación con organizaciones sociales y la relación social y política que han establecido con las instituciones de salud oficial en su espacio local de intervención, es lo que les ha permitido ejercer y recrear su labor. Una labor en salud que permite la reproducción y recreación del tejido social comunitario, entrelazada con las formas de vida y de hacer experiencia el mundo. Personas de sabiduría que se preocupan y ocupan por generar mecanismos y estrategias para que su gente, para que sus pueblos, sigan siendo pueblo en marco de su dinamismo socio-cultural y participación política.

Sujetos históricos que se han con-figurado en acciones sociales como proyectos de vida, con visión a futuro, donde los procesos de salud son articulados con un todo social complejo y en relación; donde se vinculan procesos del compartir entre cruces de la educación propia, la formación situada, las experiencias de formación y la autoformación.

Sujetos sociales vinculados a una organización de organizaciones, denominada *Salud en manos del pueblo*, la cual realiza año con año encuentros nacionales de salud, con la visión de una salud incrustada en problemáticas comunitarias amplias. Espacio de reflexión donde distintos grupos y organizaciones indígenas y campesinas, de zonas rurales y urbanas, confluyen para compartir experiencias, trabajos comunitarios locales y regionales así como las posibles soluciones a problemáticas locales enmarcadas en el

ámbito nacional; construyendo con ello estrategias para continuar con la generación de alternativas de vida buena.⁷⁹

La vivencia y la idea de una *salud en manos del pueblo* se coloca para este trabajo de investigación como eje articulador de intervenciones educativas en salud, cuya importancia radica en su cruce con las experiencias de dos *parteras de los pueblos*: *Agustina*, partera zapoteca cuya movilidad se concentra en los Valles Centrales de Oaxaca⁸⁰ y que ha recreado su práctica con su acción social en CEB's. Y *Mary*, partera zoque que camina entre vínculos de su lugar de origen: viejo Francisco León; su lugar de tránsito: Nuevo Francisco León, y su lugar de residencia en la conocida zona de Marqués de Comillas, en el estado de Chiapas; partera que formó parte del Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas (PSCMC) y que –en vínculo con esa experiencia- forma hoy parte del Colectivo de Microcréditos el cual le permite seguir conectada a esa experiencia anterior.⁸¹

Historias particulares que permiten colocar en la mesa historias más amplias y ser ejemplo de *experiencias en educación* vividas en nuestro país.

Es decir, un estar en movimiento entre procesos de *educación propia* en la configuración de gente de conocimiento de los pueblos, la participación comunitaria activa, la formación de personal de salud y la *educación popular en salud*.

Salud en manos del pueblo, madera-sostén que da articulación y movilidad a los hilos-base (trama) en los cuales –*la urdimbre*- se podrá entrelazar ante una necesidad de comprender problemáticas sociales en torno el campo pedagógico desde historias particulares, desde momentos-huella singulares con las cuales se pueda emerger momentos-huella de la historia de un país, el nuestro. Mecanismo con el cual emergen términos como: educación popular en salud, enseñanza y aprendizaje integral, reconocimiento de conocimientos indígenas en procesos de enseñanza y aprendizaje (como contenidos y

⁷⁹ En marzo del 2013 se llevó a cabo el XXIV Encuentro de Salud en Manos del Pueblo en la Sierra Sur de Oaxaca, cuyo tema fue: *Salud y Territorio de Nuestros Pueblos Indígenas Hoy*. Organizaciones y grupos de hombres y mujeres que viven la salud como un todo integral, donde la salud en responsabilidad social y atañe a la participación comunitaria para su sustento, potenciación y regulación sin perder de vista y mantener la exigibilidad de derechos hacia las instituciones del Estado mexicano.

⁸⁰ Anexo 5.

⁸¹ Historias que se cruzan con mi propia experiencia de vida en torno la formación de promotoras/es de salud y pasantes en servicio social de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco (UAM-X) quienes realizan servicio social en comunidades indígenas-campesinas de Chiapas.

metodologías de enseñanza); acompañamiento a la formación de terapeutas indígenas y experiencias educativas de formación continua.

Es la trama-base que otorga sostén y firmeza al tejido, lo que surge en el arte del tejer y los movimientos articulados serán motivos del objeto de estudio construido a razón de los sujetos-históricos que lo configuran. Algunos de los hilos implicados en dicha base son los que, desde el plano institucional, se han colocado con respecto la capacitación o adiestramiento de parteras –que se ha materializado históricamente en intervenciones pedagógicas-, con base en políticas públicas de salud de interés nacional –e internacional- donde los médicos/as de los pueblos, sus terapeutas y los medios de sanación son considerados como *un recurso comunitario para la salud* mostrando con ello políticas e intervenciones pedagógicas con referentes conceptuales e ideológicos que han marcado relaciones sociales y pedagógicas y del ejercicio del poder. Asunto que formó parte importante del apartado anterior.

Haber considerado como puente articulador *la salud en manos del pueblo*, permitió una aproximación a la participación social organizada de sectores de nuestra población, entre ellos, experiencias educativas de base mayoritariamente indígena y campesina, ya sea como intervenciones asistenciales o construcciones de colaboración pero que, sin lugar a duda muestran formas de entender e intervenir pedagógicamente y que merecen ser estudiadas con atención pero que desbordan el propósito de esta investigación, sin embargo, sí permite colocar la mirada y la atención en la configuración puntual de dos parteras a través de su estar-siendo social-comunitario, configurándose como parteras comunitarias con participación social activa.

Así que, se hace necesario implicarnos en torno...

Capítulo 3. URDIMBRE. *Hilos-base. Segundo momento: sujetos históricos*

En lugar de partir del consenso para fundar la justicia, partir de su ausencia; en vez de pasar de la determinación de principios universales de justicia a su realización en una sociedad específica, partir de la percepción de la injusticia real para proyectar lo que podría remediarla.

Luis Villoro (2009: 13)

Los hombres se apropian de la situación como realidad histórica y, como tal, puede ser transformada por ellos.

Paulo Freire (2005)

Los hilos-base del URDIMBRE simbolizan las historias entrelazadas de sujetos que, condicionados por escenarios específicos (temporalidades y espacios históricos), han aprendido a leer los vacíos de un proyecto de nación instituido, de un proyecto que hecho política no mira, no oye, no siente. Sujetos que se reconocen inacabados, ansiosos de indagar, de aprehender las realidades ante las grandes ausencias sociales. Sujetos que eligen un compromiso comunitario, que caminan siempre junto con otros para transformar realidades de muerte, un caminar con pasos de esperanza hacia una utopía palpable. Es decir, sujetos históricos que en su papel transformador “tocan el futuro desde el lado de acá”.

Este apartado es solo una mirada, una la lectura, de los momentos significativos de vida e indicios de formación que han permitido que dos parteras comunitarias de nuestro país inicien, afirmen y recreen su labor; una labor que se cruza con escenarios de negación, exclusión y muerte de un acontecimiento en nuestro país que puede prevenirse: la muerte materna. Ellas comparten cómo se hicieron parteras, los momentos huella que han marcado su experiencia de vida y los indicios de formación que anuncian y denuncian no sólo su historia singular de vida sino presentan fragmentos de la historia de un país. Así nos muestran también las estrategias creativas construidas desde abajo, con la organización social de base perfilando *una salud en manos del pueblo*, una salud donde hombres y mujeres ejercen su capacidad de decisión, de opción, de elección.

Parteras comunitarias: *parteras de los pueblos*

*Aún era de noche cuando Mátlatl se acercó suavemente a la estera sobre la que dormía su nieta. Se inclinó sobre el lecho, tocó el hombro de la niña y le dijo:
'¡Xálatl, pequeña mía despierta! ¡Hoy es el gran día!' Medio dormida, respondió Xálatl: '¡Abuela, todavía no amanece! ¿Por qué me levantas tan temprano?'
'Te advertí –contestó Mátlatl-, que cuando llegara un gran día vendría hasta ti, retiraría el manto que te cubre y te haría abrir esos ojos, ahora tan modorros, para que recorriéramos juntas los caminos del barrio. Pronto la luz llenará de color el mundo, anunciando que ya viene nuestro padre, el Sol'.*

López Austin (1999)

Parteras de los pueblos, categoría social que emerge en el discurso de organizaciones y colectivos de pueblos campesinos e indígenas –o de quienes con ellos colaboran- cercanos a procesos formativos de una de las parteras protagonista de este estudio pero, que sintetiza la acción social de ambas. Designación con la que se diferencia a la *medicina propia de los pueblos* de la medicina académica-institucional, diferenciando con ello también modelos de salud –con sus medios sociales de articulación- y, por ende, sus médicos y terapeutas.

En la partería indígena, las *parteras de los pueblos* son quienes caminan con el tejido comunitario y su práctica médica y educativa permite la recreación de las culturas y la reproducción de mecanismos de mediación entre pueblos indígenas-campesinos e instituciones gubernamentales o de la sociedad civil. Ellas, y ellos -al no ser la partería exclusiva de mujeres, aunque ellas predominen en el ejercicio de esta especialidad-, articulan modelos médicos de un *sistema real de salud* (Zolla, 2004, 2011) que se concreta en la resolución de problemas sociales, para su caso, manifestados en procesos maternos.

“*Hay de parteras a parteras*”, comparte en su relato Agustina, las parteras que colaboran en esta investigación son consideradas *parteras de los pueblos*, ya que, además de permitir la recreación del tejido sociocultural posibilitan también vínculos entre otros pueblos y entre grupos étnicos, con la convicción de estar dispuestas a colaborar en trabajos, cargos y responsabilidades asignadas en asambleas (como servicio comunitario). Una participación social activa que, articulada a las decisiones político-organizativas de las organizaciones con las que se vinculan o forman parte, permiten la creación de vínculos y redes sociales con los cuales recrean la experiencia de vida de los pueblos.

La partería, una práctica médico-educativa que traduce prácticas sociales históricas no esenciales, y que vincula un hacer anterior –a la conquista pero, también a sus

transfiguraciones durante la colonia y desarrollo en la historia de la Nación como país soberano- a historias presentes –emergentes en marco de hegemonías echas institución- y, cómo esta práctica médica y educativa figura como una de las estrategias sociales, políticas y epistemológicas que permite continuar recreando el tejido social-comunitario y *seguir siendo pueblo*.

Reina (2010) expone en torno los movimientos indígenas y campesinos de los últimos tres siglos las estrategias histórico-políticas que pueblos y comunidades han venido construyendo a contracorriente de los proyectos de nación: liberales, modernizadores y de desarrollo, en donde lo indio fue colocado como sinónimo de atraso y que debía desaparecer física, social, cultural y jurídicamente –si bien no directamente sí indirectamente a través de la desarticulación de la propiedad comunal de la tierra-.

Una historicidad que expresa la continúa recreación y resistencia cultural que han hecho experiencia los pueblos indígenas, lo que nos ha permitido hoy identificar algunos de sus vínculos ancestrales en torno sus conocimientos y saberes indígenas.

Insistencia histórica del poder hecho Iglesia, gobierno, institución, Estado, conocimiento, ante el afán por desaparecer los sentidos culturales de grupos étnicos, sus referentes simbólicos y materiales (entre ellos la descorporativización de la organización comunitaria a favor de la pequeña propiedad, individualizando los derechos y las decisiones entorno ésta), asunto que les permitió potenciar su inter-conexión como grupo étnico, como pueblo indígena. Pretensiones de desarrollo económico que se han hecho institución y legislación ante las cuales las comunidades y organizaciones indígenas-campesinas han respondido.

Tres siglos de constantes resistencias y rebeliones indígenas ante la intención directa e indirecta de romper su organización comunal, a favor de intereses coloniales españoles, o con como acción necesaria para la construcción de una nación moderna, “civilizada”, orientada hacia el progreso; donde no tuvo cabida el indio y el campesino. Una rebeldía ante proyectos de nación moderna que negó a la comunidad indígena.

La rebelión de la gente del campo ha respondido principalmente a esta obsesión modernizadora, presente en diferentes momentos de la historia de los últimos tres siglos, que no sólo ha hecho dudoso los beneficios individualizados para una recia cultura corporativa, sino que además en muchos casos ha intentado romper las

formas de organización política y social tradicional de los pueblos indígenas. (Reina, 2010: 7)

Lo que manifiesta la reiterada intención de gobiernos hechos poder en desarticular el *trabajo comunitario* y las maneras de relacionarse y organizarse en torno la *propiedad comunal de la tierra*; hoy, no sólo como exigencia de reparto y apoyo para el campo sino en la defensa de un medio sociocultural de base para la recreación tanto cultural como material de vida, donde la dignidad indígena se hace manifiesta, es decir, la lucha por la tierra hoy se manifiesta en la defensa del *territorio*.

De igual manera, se han querido romper uno de sus vínculos antiguos: sus *fiestas* –atadura con el ámbito sagrado- donde ejercitan sus conocimientos propios, se estimula la participación y se refuerza la solidaridad entre miembros del grupo, del barrio o de la comunidad. Una actividad que integra de manera inseparable funciones sociales, simbólicas, y económicas (Bonfil, 1989). Una práctica de reafirmación social que, por su vínculo religioso fue prohibida en el país en ciertos periodos de su historia.

Así, se han usado figuras sociales de las comunidades, como caciques –nombrados de tal manera por los españoles en la época colonial adjudicando dicho término a descendientes de la nobleza indígena-, maestros rurales, promotores culturales, líderes de organizaciones campesinas o sindicales; identificándolos, cooptándolos o formando nuevos agentes institucionales quienes, con lazos sociales y culturales con su lugar y grupo étnico de origen, han figurado como transmisores de políticas de Estado en un espacio local-regional inmediato, trastocando con ello el sentido y función de una autoridad indígena (*responsables de los pueblos*).

Resquebrajamiento también manifiesto en la utilización política de formas de comunicación, articulación y negociación comunitaria, como lo son las *asambleas* -medio de intra e inter-comunicación de los pueblos y de regulación de su red social- que, utilizado desde la política institucional, ha sido un excelente medio de incidencia directa de políticas, programas públicos y ejercicio jurídico en espacio indígena y campesino.

Es decir, agravios y resquebrajamientos en torno los CINCO HORCONES COMUNITARIOS que identifican a pueblos y comunidades indígenas, los cuales les permite recrear la vida, cuya respuesta a tales hechos han sido rebeliones, luchas agrarias y resistencias pacíficas en defensa del territorio, en defensa de la autonomía comunal o

regional y que, en el ámbito cotidiano, se manifiesta como estrategias de re-creación cultural como grupo, como pueblo que, para el caso de la partería indígena y de las acciones médico-educativas de Agustina y Mary, se manifiestan en un servicio comunitario con sus implicaciones socio-culturales y políticas, que cruza tanto la educación propia, la educación institucional-oficial como la educación popular. Que, con respecto a una educación propia, ésta se manifiesta en las formas de compartir y aprender conocimientos y habilidades para la vida cotidiana, donde toda la comunidad: sus espacios, tiempos y sujetos miembros, se involucran en la enseñanza o, en casos específicos, en la enseñanza de habilidades especializadas –como en los distintos oficios- que requieren, algunas veces de maestros que guíen el compartir. En donde se manifiesta también tanto las particularidades del grupo étnico como los elementos comunes de vínculo con conocimientos indígenas antiguos más amplios. Que para el caso de los médicos indígenas es una configuración identitaria no cerrada sino de inclusión de conocimientos y prácticas terapéuticas necesarias que han permitido –a pesar de políticas puntuales de negación- la reproducción y recreación de la vida de los pueblos indígenas (configuración de identidades en límites-frontera de la alteridad étnica).

Indicios comunes que denotan procesos histórico-políticos de nuestra historia antigua.

Como ejemplo de esa unicidad, López Austin (2012) considera la existencia de una UNIDAD de cosmovisiones mesoamericanas, una similitud de concepciones que se exterioriza en:

Estructuras del universo, cosmogonías, calendarios, rituales, mitos, leyendas, principios y prácticas mágicas, panteones ofrecen en Mesoamérica muy rica matización; pero en el fondo es indudable que los conceptos centrales son coincidentes. Y lo que se afirma en Mesoamérica puede en muchos casos proyectarse a las sociedades indígenas del México contemporáneo, cuyos vínculos con las cosmovisiones y prácticas mágicas y religiosas son muy abundantes. (López-Austin, 2012: 32)

Prácticas terapéuticas (uso del temascal, infusiones, baños, empleo de aceites, pomadas, talladas, manteadas), formas de diagnosticar (palpación, observación, escucha) utilización de plantas medicinales (práctica diferenciada por condición geográfica y uso simbólico); tipos de padecimientos como el susto, el mal de ojo, la caída de la mollera y el

aire como métodos reconocidos por ambas parteras, lo que denota hilos comunes de acción, pensamiento y orientación. Lo que para Guillermo Bonfil (1989) se denominaría como elementos de una *matriz cultural* que les permite, a los grupos étnicos, dinamizar sus culturas con base en ese referente.⁸²

La configuración social de la práctica médica de Agustina y Mary les ha permitido recrear su quehacer (médico y educativo) ante situaciones emergentes de vida –muerte materna y muerte infantil, inaccesibilidad a los servicios institucionales de salud; desafíos en torno procesos de salud-enfermedad-cuidado condicionados por problemáticas puntuales del contexto como la inseguridad de las mujeres durante su parto, la migración y el desempleo. Condiciones que ambas parteras toman como desafíos para continuar enseñándose y complementar la labor, además, de compartir con otros un proceder y comprensión del mundo.

Agustina, partera encaminada por su abuela en la profesión; sus enseñanzas sobre medicina tradicional han sido en el compartir con mismos médicos tanto de los pueblos indígenas como con médicos académicos, que han compartido con ella situaciones de atención y acompañamiento a procesos de atención-cuidado de la salud. Ella ejerce la medicina indígena tradicional pero opta por el parto, práctica que reafirma cada vez que *ella va a parir junto con la mujer*; ha buscado formas de complementar su práctica con técnicas, métodos y filosofías de otras tradiciones médicas: la académica-institucional (que conoce e interpela haciendo uso del ámbito jurídico⁸³) y de medicinas alternativas como: la bioenergética, la aromaterapia y la orinoterapia.

Mary, partera comunitaria que se hizo médico de los pueblos ante la *necesidad de apoyo* a otras mujeres en su parto. Con el hecho de haber vivido un proceso materno muchas mujeres escuchan consejos de quienes han vivido esa experiencia o piden ser apoyadas por una mujer de conocimiento. En medio rural, donde la constante ha sido: inexistencia o escaso número de personal médico institucional e instituciones cercanas a

⁸² Cabe aclarar que el llamado “mal de ojo” y “el espanto” (susto) son padecimientos que fueron diagnosticados de dicha manera por europeos en tiempos de la colonia española, lo cual, hace notar que no son propiamente *enfermedades de filiación cultural* adjudicadas a comunidades y pueblos indígenas y campesinos; sino que toca comprender cómo la conceptualización de estos padecimientos se fueron colocando como referentes de la medicina tradicional en la cual se hace presente la síntesis de elementos culturales apropiados.

⁸³ Ella busca formarse continuamente y, en este proceso, construye alternativas de acompañamiento seguro al proceso materno, por ello ha realizado estudios e intervenciones en derechos humanos.

comunidades, ejidos, pueblos o parajes, para que las mujeres gestantes y en proceso de parto acudan a su atención regular o de parto; habiendo o no parteras, las mujeres piden que otras mujeres las apoyen en su proceso, tomando en cuenta siempre la experiencia de la partera elegida, una experiencia demostrada tanto en el servicio como en el trato con la comunidad.

Mary empezó ayudar a sus compañeras mujeres porque *no había quién recogiera el bebé*, evento que marcó su camino, afirmando su profesión y que hoy vive en un continuo estarse preparando, escuchando, observando, viviendo en su propio cuerpo terapias para apoyar a hombres y mujeres en su proceso de sanación. Con treinta y ocho años de servicio en salud comunitaria, formando parte del sistema de salud propio de su pueblo indígena, y siendo ejemplo también de la articulación del sistema real de salud, ella comparte en su relato de vida cómo se hizo partera.

Ambas parteras nacen a mitad del siglo XX, en los años en que el indigenismo institucional en México encuentra mayor expresión y traducción en la política pública como elemento importante para potenciar el Estado-Nación moderno, industrial. Siglo también de expresiones de descontento que culmina con el ascenso de movimientos étnico-políticos en nuestro país, poniendo de manifiesto la crisis del Estado mexicano que presuponía una población monocultural y monoétnica, y que puso de manifiesto tránsito necesario de ‘estados homogéneos’ a los ‘estados pluriétnicos’. (Reina, 2000).

Experiencias de vida que se recrean en este periodo de ascensión de la condición étnica como elemento de reivindicación, resistencia y lucha política expresándose, en este estudio, a través de la *educación popular* y la *participación social activa* de ambas parteras.

Agustina, partera nacida. Valles Centrales, Oaxaca

Con la luz de la aurora, antes de rayar el Sol, Mátlatl y Xálatl llegaron a la casa de Xiuhtótotl. Se había incorporado a la fiesta en la que se pondría nombre a la niña nacida cuatro o cinco días atrás. En la cocina se ordenaban los tamales y el maíz tostado para los invitados. En el centro del patio se colocaron, sobre un manto blanco, la cestita, la lanzadera y el machete de telar, madejas de hilos de diversos colores, una pequeña falda, una camisita...todo tan diminuto como para una recién nacida.

El tonalpouhqui había indicado a Xiuhtótotl que su hija debía recibir su nombre ese día, el llamado chicome atl. En el centro del patio estaba Mátlatl con la pequeñita entre sus brazos, pues ella la había recibido del vientre de su madre. Alrededor se habían colocado familiares e invitados. Junto a Mátlatl se encontraba una jícara nueva con agua muy limpia y un grueso hachón encendido. Mátlatl lavó a la pequeñita, como lo había hecho días antes, tras el parto, y oró en voz baja que apenas se escuchaba lo que decía. Vuelta hacia el oriente agradeció a la Madre y Padre del cielo que hubiesen enviado a la niña. La ofreció después a los diversos dioses. Derramó agua de la jícara sobre la cabeza de la niña y con tierna voz le dio el nombre de una de sus bisabuelas. Con ello el nombre volvería a estar sobre el mundo. La niña también se llamaría como aquel día, Chicome Atl, pues su luz quedaría para siempre en el cuerpo de la pequeña.

(López Austin, 1999)

Agustina. Mujer, madre, trabajadora, esposa, abuela, compañera, médico de los pueblos, consejera, no como sumatoria de identidades o identidades múltiples, sino como una complejidad de relaciones socio-culturales donde las identidades se recrean, recreando a su vez las culturas. *Partera nacida, partera indígena* que comparte conocimientos tanto con personal de salud comunitaria (promotores/as de salud y médicos/as académicos), como con otras parteras y médicos indígenas y las mujeres y familias a quienes acompaña.

Partera con quien, a través de su forma de *estar en y con el mundo para seguir siendo pueblo*, se pretende un acercamiento a la comprensión de lo social y de lo que le atañe a la pedagogía –formas y medios de compartir y de *enseñarse* en la recreación y trascendencia de una práctica médica histórica⁸⁴- que cruza tanto modos institucionales de formación de parteras como las maneras propias de las culturas de pueblos indígenas-campesinos en torno la preparación de especialistas de salud.

Una práctica sociocultural situada en espacios de relaciones complejas y en tensión entre la intervención de estados nacionales y sus políticas implementadas –de interés

⁸⁴ Una trascendencia que, como dice Villoro (1996: 10) corresponde a la “capacidad de libertad, siempre presente, como sujeto determinante de su propia historia”.

también internacional- para formar parteras ante la pretensión de extender los servicios de salud a la población –en marco de la Atención Primaria en Salud (APS) y, desde 2005 en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), donde la salud materna e infantil han sido prioridad- y por la imposibilidad de realizarlo únicamente con profesionales institucionales⁸⁵, así que, para zonas rurales los médicos tradicionales figuran, para estas políticas, como *recursos locales de salud* con quienes se concretaría la extensión de servicios y “la salud para todos”. Subrayo *extensión de servicios* y no la potenciación de sujetos responsables de su condición histórica, una condición que puede transformarse a través del paso de la conciencia ingenua a la conciencia crítica (Freire, 2002, 2007) y autocrítica; sin dar pie al asistencialismo y paternalismo político; sino en la construcción de políticas a través de la participación social activa. Pero que, en la configuración histórica de nuestro país, se han concretado sólo algunas experiencias educativas de educación popular ante la continuidad de políticas indigenistas.

Seguir *siendo pueblo*, es lo que Agustina camina con acción-palabra-reflexividad que va más allá de sólo re-crear al *pueblo* como *unidad de residencia* (Maldonado, 2004) de las personas que a ella acuden, sino un hacer pueblo que vincula, que da pertenencia: espacio-territorio-tiempo simbolizados, donde sujetos –hombres y mujeres- recrean la vida, su cultura, su materialidad contemporánea y recrean sus identidades; ello ante problemáticas de muerte que se agudizan y se materializan en el ámbito de la vida cotidiana y en situaciones donde hay que defender los espacios de vida. Situaciones de muerte que han vivido históricamente comunidades y pueblos campesinos e indígenas a razón de políticas de institución hegemónicas ante la pretendida fragmentación e individuación de la tierra y explotación y extracción minera y biológica en sus territorios⁸⁶. Que han llevado a

⁸⁵ El acceso al servicio de salud está condicionado a su localización –muchos de estos con presencia en zonas urbanas, los de segundo y tercer nivel-, al personal en servicio, equipos y medicamentos, a los requerimientos burocráticos y económicos así como a las relaciones establecidas entre el personal que labora en ellas y la población beneficiaria y solicitante.

⁸⁶ Hegemonía en un tiempo ejercidas por la monarquía española del siglo XV y XVI a través de una “justificada” conquista y colonización, donde se debatió el sentido “humano” del indio y, posteriormente, su categorización como un ser inferior que tenía que estar “encomendado” a la corona primero, a través de sus representantes eclesiásticos y, después, al encomendero que podía ser religioso o no y quien poseía grandes extensiones de tierra. Posteriormente, por la pretendida configuración de un país independiente –emergido en la imaginación e interés de intelectuales criollos, y concretado por la fuerza y número de los “indios”-, iniciando con la construcción de una república con carácter liberal y tendencias individualistas que amenazaron la posesión de la tierra comunal. En el siglo XX, en tiempos de reconstrucción de una Nación – periodo posrevolucionario- se crean instituciones para configurar y difundir un país moderno, industrial, en

la configuración de movimientos sociales y a la emergencia de hombres, mujeres, comunidades y pueblos en su estar como sujeto histórico en luchas y resistencias étnicas de fin del siglo XX.

Reina (2011) considera que *existe una larga continuidad del movimiento indígena y campesino del XIX con el del siglo XX, debido a que las motivaciones más profundas del descontento siguieron respondiendo a viejos problemas agrarios no resueltos*. La lucha por la tierra que a hora se ha transformado en defensa del territorio ante políticas, programas y acciones de despojo y explotación; después de la Revolución de 1910, aún con el reparto agrario llevado a cabo –con mayor expresión durante el periodo cardenista–; la condición material y social del campesino ha continuado igual que antes de 1910: *pobreza, racismo no legal pero sí moral*⁸⁷, *marginación social y económica, exclusión de las decisiones políticas, e incluso, nuevamente despojo de sus recursos naturales*. (Reina, 2011: 96)

Lo que ha llevado a la creación y concreción de *estrategias* tanto en lo cotidiano como en la configuración de resistencias socio-culturales materializadas en luchas sociales, agrarias y étnicas que han permitido el ascenso del movimiento indígena, social y campesinos en las últimas dos décadas en nuestro país, siendo ejemplo de ello el estado de Oaxaca⁸⁸ y Chiapas.

desarrollo para el cual había que homogeneizar el ámbito rural creando un nuevo actor social: el campesino, que tendría que, posteriormente desaparecer para dar cabida al proletariado. Se crearon instituciones que homogeneizaron ideologías e instituyeron un Estado regulador-administrador, hoy, de bienes materiales (materias primas) y recursos humanos (mano de obra barata) de grandes empresas, donde la lógica regulatoria la dicta el mercado económico mundial.

⁸⁷ La ganancia jurídica de los derechos de los pueblos indígenas ha sido como resultado del asenso de la etnicidad de fin del siglo XX, disposiciones que interpelan al Estado mexicano y su régimen jurídico. Ejemplo: el movimiento llevado a cabo por el Consejo Mexicano 500 años de Resistencia Indígena, Negra y Popular entre 1990 y 1993 y, en paralelo, la ratificación que hace el gobierno mexicano en 1991 al Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT); lo que abrió el debate político sobre la posición de los pueblos indígenas y su situación frente al Estado. (Reina, 2011). Así también, la misma autora reconoce que dicho debate se da ante el levantamiento armado de 1994, con la salida a escena del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), asunto que comparto y hago explícito en mi tesis de licenciatura (ver López, 2011). Aunque resulta importante también mencionar el I Congreso Indígena “Fray Bartolomé de las Casas” que se llevó a cabo en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, que da origen a una declaración en donde pueblos indígenas (de cuatro pueblos de los Altos de Chiapas) exponen sus condiciones sociales de vida, entre ellas la salud, para exigir la transformación de las acciones estatales; surgiendo, así, la *Declaración Tzotzil sobre salud* de 1974, en la cual se expone el sentir y pensar de indígenas tzotziles, ch’oles, tojolabales y tzeltales sobre temas como: tierra, comercio, educación y salud (ver Anexo 4).

⁸⁸ Reina distingue tres vertientes en los movimientos de Oaxaca en la última década, a saber: “(...) un *movimiento magisterial* que inició el 22 de mayo de 2006 con los maestros de la Sección 22 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación.” (Reyna, 2011: 16) En su mayoría indígenas de localidades rurales, de todas las regiones y etnias del estado. “(...)un *movimiento guerrillero* denominado

Oaxaca es la territorialidad de residencia y pertenecía de Agustina, en este territorio recrea sus conocimientos, con la idea clara y vivencia de querer compartirlos para trascender, no sólo en la permanencia y “extensión” de su sabiduría indígena de larga trayectoria –interpelación que hace a la noción de “enseñarse” como partera como designación u otorgamiento a través de un sueño o un acontecimiento de la entrega del *don*⁸⁹, una extensión diferenciada de la implementada por políticas públicas de Estado-sino un permanecer y recreación material que hace permanecer su memoria histórica que, hoy, se traduce en que pueblos resistan y luchen por procesos de autodeterminación y autonomía, es decir, por procesos en donde ellos sean sujetos de su propia historia.

Es en esta contemporaneidad como Agustina recrea y reconfigura su hacer y ser partera, como *sujeto histórico* ante condiciones de muerte de hombres y mujeres en su singularidad y, con ellos, de pueblos y comunidades en su colectividad; con más de 50 años andados ella construye su relato de vida ante preguntas detonadoras del recuerdo, las cuales le permitieron volver a vivir el pasado para comprender el presente, propósito de la mirada histórica (Villoro, 2004). A través de la pregunta *¿cómo se hiso partera?*, *pregunta de investigación*, es que Agustina comparte su ser-hacer-se partera, su estar-siendo en un caminar también de participación social y médica, para que mujeres y hombres de pueblos indígenas sigan siendo pueblo y, no sólo, sino para que hombres y mujeres de nuestro país vivamos relaciones socio-culturales y materiales otras (políticas y económicas) reconociendo cada cultura que nos con-figura y vivamos la experiencia de ser sujetos y no objetos de políticas e intervenciones socio-pedagógicas.

Doña Agustina comparte su *estar en y con el mundo* a través de algunos momentos-huella e indicios de formación e inflexión que comparte en su relato de vida entorno su ser-hacer-se partera hoy.

Ejército Popular Revolucionario (EPR) que apareció hace 12 años, como producto de la represión y de la radicalización de algunas organizaciones campesinas, y se convirtió en organización político militar clandestina y desde mayo de 2006 ha manifestado su apoyo al movimiento magisterial a través de comunicados y los convoca a la unidad de todas las luchas en un mismo frente; y (...) una Asamblea Popular de los Pueblos de Oaxaca (APPO) que surgió de una asamblea acaecida [surgida] el 17 de junio de 2006 en el marco de una sublevación popular. En ella participaron 365 organizaciones sociales, ayuntamientos populares y sindicatos que ante la represión se radicalizaron y pidieron la destitución del gobernador Ulises Ruiz Ortiz.” (Reyna, 2011: 16-17). [subrayado mío]

⁸⁹ Sobre sueños de iniciación de algunas parteras en Puebla, ver Fagetti, 2008.

Como entrada a su andar, un *indicio de formación* se identifica cuando ella en 2007, conjuntamente con mismas parteras de varias regiones de Oaxaca, se organiza y discute la atención médica institucional del parto y redactan un manifiesto en contra de las formas institucionales de parir, asunto que recibe apoyo de una organización civil. “*Que a la mujer se le respete su forma de parir*”, dice, al compartir este momento que afirma su caminar en su práctica tanto social, política, médica como educativa.

Por una “Atención Humanizada del Parto”, parteras indígenas de Oaxaca se pronuncian contra formas institucionales de parir, interpelando tanto al servicio público de salud del estado, a la opinión pública en general y a las mujeres oaxaqueñas en particular. Así también interpelando al SNS y a sus políticas públicas en general. Un sentir hecho reflexividad y pronunciamiento ante la emergencia y la importancia que posee la atención del parto frente a emergencias obstétricas y situaciones de muerte materna⁹⁰. Pronunciamiento que ella hace explícito como discurso que incorpora y camina como praxis dialógica: el *parto humanizado*.

Agustina nace en San Jacinto⁹¹ en la región de Valles Centrales, Oaxaca, en el año de 1955, en pueblo zapoteco; su pueblo de residencia y pertenencia que figura como espacio-histórico-político que hace experiencia al ser incorporado en su andar contemporáneo. Su placenta queda enterrada en él, cuando su madre muere después del parto en las inmediaciones de la ciudad de Oaxaca, y a los tres meses su hermanito, ella queda como hija única del primer matrimonio de su padre; sus enseñanzas culturales y médicas fueron acompañadas por sus dos abuelas: *Doña Tere* y *Doña Francisca*, ambas parteras zapotecas, *parteras nacidas*⁹², una de la Sierra Norte y otra de la región de Valles Centrales. Abuelas que acompañan su educación familiar y comunitaria; sin embargo, es la abuela paterna, Doña Francisca, quien de manera puntual retoma la dirección de su

⁹⁰ Dicho manifiesto se articula con una problemática puntual concreta que se vincula con el ámbito de la formación académica-institucional del personal de salud que labora en clínicas y hospitales, y la respuesta que dan a la atención del parto y a todo el proceso materno (ver Anexo 5).

⁹¹ Nombre modificado.

⁹² Quienes ante el llamado de la vida, por la necesidad del pueblo se hacen parteras acompañadas ya sea por su madre, abuela o algún familiar que las acompaña en su ser-hacer-se parteras o parteros. Como ejercicio heredado que posibilita la trascendencia del pueblo. Una práctica-reflexión médica para seguir siendo pueblo

educación recreando en ella la cultura de su pueblo a través de la partería y, con ello, aproximándola a ciertas maneras de enseñanza, de cómo acercarse al conocimiento.

Sus padres fueron maestros rurales de profesión, a quienes ella recuerda constantemente y hace presentes como motivo de su entereza ante las razones que llevaron a que viviera su ausencia desde niña: su madre muere cuando ella tenía año y medio de vida, a razón de una muerte materna y su padre fue un luchador social desaparecido a finales de la década de los sesenta en la Sierra Norte de Oaxaca, muertes que marcan la vida de Agustina y la acompañan como huellas en movimiento.

Ambas abuelas la acompañan en su caminar como mujer recreadora de cultura y mujer médico de los pueblos. Agustina va configurándose desde niña como sujeto histórico, la muerte de su madre y la desaparición de su padre dejan en ella una huella en su existir como mujer, partera, luchadora social, madre, trabajadora, esposa y compañera que, a través de su relato, comparte su singularidad como persona y hace posible la extensión de la mirada hacia su estar-siendo donde nos muestra, no sólo los discursos que con ella caminan, sino problemáticas sociales actuales que nos vinculan hacia las relaciones históricas que ha establecido el Estado-mexicano y sus distintos gobiernos con respecto a los pueblos indígenas. De ahí que se haya dedicado atención a dicha relación en la estructura de esta tesis.⁹³

Práctica médica de los pueblos a la que Agustina fue aproximada por la convicción de la abuela que, más allá de ser un “designio” del don otorgado, en este caso por el hecho de vivir tan pequeña un evento de muerte materna, es un hecho social y político que con firmeza la abuela decide encaminar a Agustina para hacerla partera.

El designio de mi madre es que yo ayude a las mujeres. La muerte de su madre marca su futuro, si bien, un futuro construido en torno un momento significativo de vida, que ella hoy recrea en el presente para continuar preparándose y acompañar de la mejor manera a las mujeres en su proceso materno. *Antes de que se muera una mujer me muero yo*, menciona en entrevista; ella recuerda las razones que la abuela le exponía ante la decisión de que *Ángela*, su madre, fuera atendida en su parto por médicos profesionales

⁹³ Y que dio pauta para indagar en torno parteras –pueblos indígenas- e instituciones de Estado, apartado colocado al inicio de este capítulo.

ante la certeza de que iba a estar “mejor atendida” en caso de presentarse alguna emergencia. En palabras de Agustina:

(...) mi abuela me platicaba, mi abuela materna, que mi mamá, pues, ¡estuvo con doctores!; o sea, su atención de parto no fue con parteras sino con una persona profesional, que nunca, o sea, nunca pensaron que mi mamá iba a fallecer (...) Mi hermanito ya había nacido y cuando la doctora va y (...) le habla, la encuentra según muy dormida y le insiste y le habla y le habla y no le contesta y se da cuenta de que ella ya está muerta...entonces sí fue...una historia muy fuerte... Entonces a través del tiempo, pues, pues ella dice [la abuela materna] que ella no concebía cómo estando en manos de una persona profesional, ni siquiera con ella; que mejor hubiera sido que ella la hubiera atendido, o alguna otra partera del pueblo, porque, pues, había parteras. Había varias parteras en ese tiempo. [Agustina, 2 de noviembre de 2012, Valles Centrales, Oaxaca]

Momento-huella que ella re-significa día con día y lo vive como *un llamado*, el cual le permite ejercer su práctica médica, social y política actual, no sólo como partera sino como médica de los pueblos; es decir, a partir de un evento de muerte materna es que Agustina fue colocada –a un año y medio de vida- en situaciones de enseñanza-aprendizaje constantes, para ser preparada como mujer de conocimiento, en acciones de acompañamiento a mujeres en su parto, asunto en el cual ambas abuelas intervienen. La ausencia de su madre le da fuerza y entereza, además, fue ello una justificación para la abuela Francisca en la decisión de encaminar a su nieta como partera.

(...) hay una historia muy grande en mi vida, siento que es un *llamado* de esta sabia naturaleza también porque mi madre fallece al año y medio que yo tenía de vida y muere en manos de médicos, buenos médicos (...) y muere de parto (...) entonces a mí me ha quedado claro que el designio de mi madre es que yo ayude a las mujeres, esa es la gran tarea que me deja, y por eso yo lo hago con mucho gusto y cada que yo voy a llevar a una mujer yo la tengo presente, aunque no la conocí físicamente porque estaba muy pequeña, pero yo la tengo en mi corazón, en mi mente y la veo así como me la decía mi abuela (...). [Agustina, 29 de junio de 2013, Valles Centrales, Oaxaca, subrayado mío]

Una labor que vive como trabajo sin percibir ningún salario, un trabajo comunitario de entrega, de dejar todo para acompañar a las mujeres en su paso (proceso de parto); articulando sus labores familiares y laborales con el ejercicio de la medicina, haciendo frente a conflictos, resolviendo problemas y compromisos tanto con su familia como con la comunidad y en la región; siendo clara en sus convicciones, es como ella construye

caminos de relación social para el beneficio común de la colonia, de su familia, de los pueblos, de la comunidad; en un ejercicio también continuo de autocrítica.

Agustina caminó junto con la abuela en la ayuda al parto hasta sus dieciséis años de vida, que es cuando ya acompaña a mujeres sin la presencia de su *nana*.⁹⁴

Habiendo decidido su labor futura, la nana Francisca va poco a poco compartiendo con su nieta los significados y sentidos de su práctica recreando ésta día con día, la guía de manera que pase por su cuerpo los conocimientos, los haga experiencia y los incorpore en tiempo y forma, es decir, según su edad y desenvolvimiento –Agustina relata su hacer-se partera desde la edad de 8 y 9 años, cuando la abuela la fue *encaminando* formalmente hacia el conocimiento de la partería y a habilidades y conocimientos especializados de su cultura-.⁹⁵

Tráete el agua caliente, le decía la abuela, *indicio de formación* que anuncia que desde sus ocho años Agustina ayudaba a su abuela en el acompañamiento al parto, a través de enseñanzas *con el ejemplo* y del *enseñar-haciendo*, donde la observación atenta de quien aprende y de quien enseña es fundamental⁹⁶. Es así como ella fue acompañada en el *conocer*, proceso dirigido con la determinación de la abuela y, con la decisión de aquella niña. La abuela brindó momentos específicos para guiarla e incorporarla poco a poco a los procesos implicados en el parto, dirigiendo su conocer hacia procesos de mayor atención e

⁹⁴ Manera en que Agustina se refiere a su abuela.

⁹⁵ Enseñanza especializada que no corresponde al *saber-hacer técnico*, al que hizo referencia Chamoux (1992) sobre el trabajo, técnicas y aprendizaje indígena, pues, se acompañan las enseñanzas de Agustina con una ideología particular que permite recrea la cultura zapoteca y que, en el ámbito médico indígena se va guiando en una práctica especializada donde habilidades rituales y de manejo de la herbolaría y maneras de diagnosticar los padecimientos van de la mano. También se le va colocando en la línea margen-frontera para configurarse en mujer de conocimiento, consejera y guía de su pueblo, en un papel de intermediación entre la alteridad, siendo que, por procesos históricos, políticos y de ideología hegemónica son pocas las parteras indígenas que actualmente practican la partería y la medicina indígena, y que, ante la ausencia de servicios, personal e insumos de salud, la población acude a ellas siendo del mismo grupo étnico o de otros grupos étnicos y nacionalidades; son ellas las que intermedian con instituciones y personal de salud ya sea, en un primer o segundo nivel de atención –el más cercano a su residencia-. Es decir, enseñanzas técnicas de frontera, que siendo reflexionadas en torno acciones sociales comunes (o siendo parte de un movimiento social) permiten la continuidad y recreación de los *ejes fundamentales* que permiten la vida de los pueblos: los *HORCONES COMUNITARIOS* (CENAMI, 2012) en marco de relaciones de *alteridad* (categoría teórica referida por Miguel Bartolomé, 1997).

⁹⁶ Rafael Ramírez distinguió, con el estudio y trabajo en regiones rurales del país, que un método de aprendizaje de las sociedades campesinas es el aprender haciendo (Ramírez, 1938 citado en Civera, 2008), y que por ello, la educación rural o para indígenas debía ser siempre real y vital. En 1992 Marie Chamoux, escribe en torno el trabajo, las técnicas y aprendizaje en el México indígena y resalta el saber-hacer y a la observación atenta como métodos de aprendizaje.

importancia, a la vez de ir confirmando en su experiencia su cultura de origen. A sus 8 años de edad ella colaboraba con la abuela en la asistencia de material para ayudar a las mujeres.

Cuando ya tiene uso de razón –menciona- cuando reflexionaba sobre su estar en el mundo, emerge la necesidad de continuar el camino de las abuelas y ante la ausencia de su madre -y por la razón de ello- se involucra en los partos que acompaña hasta expresar que ella va a parir junto con la mujer.

A los nueve años yo ya empecé a sentir una necesidad muy grande.

Mi abuela cuando ayudaba a las mujeres decía:

-¡tráete el agua, tráete el totomoxtle, tráete el somerío [sic], tráete el carbón, los cerillos, el ocote!, y que:

-pásame esto.

Y todo lo que tenía que pasar (...), pero yo quería, estar más de cerca y así sucesivamente entonces desde ese entonces que yo empecé a tener ese uso de razón dije:

-a mí no me va a gustar que, que me digan, (...) que es posible que yo no pueda ser útil acá.

Yo tengo que ayudar a alguien y tengo que ayudar. Y cuando veía una mujer embarazada me interesaba mucho. Pues yo siento que mi madre desde el cielo (...) me empujó (...); y veía a las mujeres embarazadas y me daba mucha curiosidad, decía:

-Trae un niño, trae un nene ahí adentro.

Y me daba miedo, me daba precaución, (...) me daba alegría pero al mismo tiempo me daba miedo qué iba a pasar con esa mujer. [Agustina, 2 de noviembre de 2012, Valles Centrales, Oaxaca]

Incertidumbre y miedos que alimentan su curiosidad, que la guían en la búsqueda de conocer más elementos para no únicamente entender el proceso de parto sino para realizar con mayor seguridad su profesión. Agustina fue encaminada por la abuela a un sistema de conocimientos médicos y prácticas socioculturales que le ha dado base y referencia a su proceder contemporáneo, si bien, recreando dichos conocimientos y complementándolos con aquellos necesarios para el acompañamiento responsable, con respeto y seguridad para las mujeres.⁹⁷

⁹⁷ Agustina ha estado constantemente involucrada en procesos de formación continua: un diplomado en Derechos Humanos, cursos sobre terapias alternativas, desde hace más de 20 años asiste cada año a talleres de Salud Comunitaria. También ha formado parte de encuentros, reuniones y talleres de salud organizados por Comunidades Eclesiales de Base (CEB's). Todo el tiempo enseña y aprende, camina en su

La abuela fue poco a poco involucrándola en el conocimiento de la partería, desde mecanismos aparentemente sencillos hasta hacerla portadora de una ideología que hoy la enviste como mujer de conocimiento, como *partera de los pueblos*.

La experiencia de acompañar su primer parto le brinda posibilidad de conocer más ampliamente el proceso materno. Momento significativo de vida que, además de contener ese momento huella que la condicionó como médico indígena y profesional de salud comunitaria, también, le indicó elementos de formación y le impulsó su curiosidad e interés de indagar más, de prepararse más para ayudar a las mujeres.

Dicho acontecimiento le llevó a realizar más trabajos y llevar a cabo actividades más complejas; de un ejercicio de asistir a la abuela pasa al de ayudar y acompañar a la mujer en su parto, a estar ahí, a escuchar y observar con atención el proceder de la abuela.

Un día bajando de la montaña. No tengas miedo (...) me vas ayudar a cortar el ombligo. A los trece años de edad, en el transcurrir de 1968 en la Sierra Norte de Oaxaca, ella vive su primer parto, pues, de camino a la ciudad del estado, a Sonia, su prima, se le presentaron los dolores de parto:

(...) *un día bajando de la montaña* con una prima (...) caminando en el monte para llegar a la carretera, a la desviación para tomar el carro (...), por la caminata (...) le dio el trabajo de parto. Para ese tiempo yo tenía 13 años y ella, pues, tenía sus 16, 17 años, jóvenes las dos y me dice:

-¡fíjate que ya no aguanto!

Yo veía como se torcía y se agarraba la cadera y se agarraba el vientre y le decía:

-¿qué tienes, qué tienes?

-mucho dolor, ya no aguanto, ya no aguanto; aquí nada más llegamos. Apúrate, ve a traer las hojas de chamizo, ve a cortar lo que encuentres de plantas para que hagamos el colchón; porque aquí me siento, aquí me voy a sentar para que no se lastime el nene.

(...) yo tenía mucho miedo en ese tiempo, (...) yo no quería que naciera el bebé, en ese momento yo decía:

-vamos a caminar y allá en Oaxaca que nazca;

Ella fue la que me dijo:

-*no tengas miedo, tú me vas ayudar, me vas ayudar a cortar el ombligo*

Le digo:

- ¡pero la abuela ocupa muchas cosas!, no tenemos nada acá.

estar-siendo la convicción pedagógica de enseñar-se (directa o indirectamente) en todo momento, lugar y situación.

-No, no, no necesitamos, no tengas miedo ¡dame tu rebozo!, amárrame con tu rebozo.

Me acuerdo que entre las dos se amarró la cintura, acá, y se agarra así [durante el relato muestra como]; había un espino grande, grueso, chulo tronco de espino y se abraza amarrada con el rebozo y apoyada también; y me dijo:

-Tú vas agarrar a mi nene y los vas agarrar sin miedo.

¡Y gritos!, estaba naciendo pues la criatura y

- ¡ay!

Pues temblando de miedo espantada, y cuando el bebé ya gritó, ya nació, rapidísimo nació rápido, rápido. ¡Nace el bebé!, y como a los cinco minutos cae la placenta, más espantada porque nunca había visto [aplaude] yo una placenta todo esto era para mí una novedad muy grande y tanto una emoción, como algo que no era conocido para mí, así tan plenamente, ya me dijo ella:

-¡límpiale la cara!, rápido límpiale la cara con la punta del rebozo,

Le limpie su carita y todo, así como ella me iba diciendo, no, y con las barbas del rebozo con cuatro ramitas del rebozo amarramos el ombligo y yo recuerdo que ese ombligo no era del tamaño que ahora ya sé que tengo que amarrar; no, era grande, era una tripota [sic] que dejamos ahí...y la placenta la envolví también en hojas, la protegí muy bien porque claro me dijo ella que no quería que su hijo estuviera ciego, que tenía que cuidar mucho la placenta

-y nos la vamos a llevar para que se entierre

Pues, regresamos al pueblo era algo así que y, en toda mi vida no lo voy a olvidar porque era algo que no, no entendía con qué fuerzas esta mujer pudo aguantar a regresar a medio camino porque era, era se puede decir la mitad del camino pura bajada que habíamos hecho y entonces era pura subida; y regresamos al pueblo muy tarde llegamos al pueblo muy oscuro a las once de la noche, once y tantos, y todos asustados ahí que por qué regresamos, y por qué ya Sonia llevaba a su hijo; y a enterrar la placenta los abuelos hicieron la ofrenda a la madre tierra para enterrar la placenta, para pedir la ayuda, para pedir toda la bondad de la madre tierra, para que no fuera a enfermarse la criatura.

Pues, ese fue el primer (...), el primer parto, de ahí *yo ya perdí el miedo, ya tenía la práctica* (...) [Subrayado mío] [Agustina, 29 de junio de 2013, entrevista]

Momento que indica y confirma su potencial, además de brindarle seguridad al conocer de manera completa un proceso de parto, el de un familiar cercano. Situación que le marcó futuro, ya nada sería igual. Por la noche volvió a vivir la emoción que le provocó ese suceso; cómo tuvieron que condicionar el lugar para el apoyo a la mujer y al nacimiento del bebé, haciendo uso de lo que tenían a disposición y con la pretensión de realizarlo lo más cercano posible a las enseñanzas de la abuela. El parto de su prima la condujo a tomar con mayor decisión su labor, la situó en la necesidad de indagar, de buscar los elementos

que brindaran seguridad a la mujer y a su bebé; lo que llevó a que interpelara a su abuela y a exigir una preparación con mayor participación en el proceso:

Yo le reclame [a la abuela], yo le reclame mucho, cuando llego le digo:

–Ya ves, ya ves nana -porque así le decíamos- ya ves nana ni siquiera pudimos hacer las cosas como tú las haces, me dio mucho miedo y es por eso por qué no dejas que yo entre.

Y ella me dijo que no tenía la edad para hacerlo

-Va a llegar su momento, me dijo, tú momento no ha llegado pero si ya, ya, ya ahorita, ya lo hiciste ya, ya está hecho y ya tienes que seguir adelante ahora sí me vas ayudar, ahora sí.

Y pues, ya fue más trabajo ahora porque ya cuando la mujer llegaba...

–Prepara todo, prepara las plantas, prepara el agua, prepara el carbón, prepara la brasa vamos primero a dar la limpia a la mujer, a calentarla con el totomoxtle [hojas de maíz], con el olote...

Uhjm, y a preparar, a preparar las plantas para que se injieran en el agua y ya se metía la mujer así como si fuera un temazcal, con unas cobijas alrededor y un arco (...), se llamaba también a las nanas para que ayudaran en ese momento y desde ese momento a mí me gustó, me gustó, me enamoré y me enriquecí cada día y cada día más, y más, y más, y más y para mí el tener que ayudar a una mujer en ese momento de que está haciendo su, su paso, no, poco a poquito, poco a poquito así como cuando el pollito cuando va rompiendo el cascaron para salir, con mucha paciencia, con mucho cariño, con mucha seguridad (...) [Agustina, 29 de junio de 2013, entrevista]

Su primer parto como aprendiz de partería le marca camino y le afirma la designación de su labor, además de indicar la emergencia de su formación continua; la abuela coloca en Agustina la respuesta a su inconformidad ante la muerte de su hija e involucra a su nieta en una práctica socio-cultural de larga trayectoria. Situación que le imprime una necesidad: prepararse para comprender lo que ocurre en el proceso de parto, *“nunca había visto yo una placenta, todo esto era para mí una novedad muy grande y tanto una emoción, como algo que no era conocido para mí, así tan plenamente”*, proceso en el conocer que la lleva al ejercicio continuo de estarse formando y formar a otros.

De sus abuelas y su padre Agustina aprendió hablar y escuchar el español, así como a escuchar el zapoteco, que habla y escucha poco, sin embargo, prácticas sociales de este pueblo han pasado por su cuerpo, las cuales ella recrea día con día; de la abuela Francisca es que aprende hablar el español. El español es la lengua hablada y escrita que ella domina y con la que se comunica y se relaciona, sin embargo, también lo hace a partir de sus

prácticas sociales que la hacen parte de una cultura antigua: el tequio, la mano vuelta, el “desprenderse” de bienes materiales, la reciprocidad, la organización social comunitaria, asumir cargos y trabajos colectivos, así como el acompañamiento que brinda con su religiosidad, integrando en sus terapias tanto elementos de sanación de origen natural como terapias de acompañamiento psicoemocional –en las cuales la ritualidad en vínculo con lo sagrado es importante-. Siempre observando a la persona, sintiendo con sus manos dónde se requiere la ayuda y escuchándola el tiempo necesario; es así como ella acompaña procesos de salud, enfermedad, maternidad, paternidad y curación y brinda los cuidados.

Una vez concluida su primaria entra a la normal para prepararse como maestra, una profesión institucional que caminó desde pequeña con sus padres.

Formándose para maestra en la Normal. Ingresa a la normal de Villa de Tamazulápam del Progreso en la cual estudia un par de años, pues, llevando el ritmo de trabajo y las actividades diarias en dicha escuela pierde kilogramos de peso, por lo cual, su padre opta por cambiarla de escuela y de profesión. De maestra a auxiliar administrativo.

La Normal de Tamazulápam, se inscribe en marco de las normales rurales creadas en nuestro país en la segunda década del siglo XX, es un ejemplo del proyecto educativo posrevolucionario: la Educación Rural Mexicana.

La normal rural llega a Villa de Tamazulápam del Progreso en 1944 –durante el periodo presidencial de Manuel Ávila Camacho- y en la actualidad es reconocida como una normal de vanguardia. Con cambios curriculares que marcaron tiempos y ritmos de estudio, siendo la modificación de 1984 la que marca a esta escuela como una institución de educación superior, para preparar hoy en día a profesores en nivel licenciatura.

Agustina hizo dos años de estancia en el internado de la normal, entre el estudio de las disciplinas y las labores del campo: hortalizas, cuidado de animales, participación en quehaceres cotidianos de la institución, aprendió la dinámica disciplinaria de la institución. Ella comparte que su deseo fue siempre estudiar para maestra, una vocación de enseñar y aprender que siempre la acompaña –ha coordinado talleres y encuentros, jóvenes (entre ellos promotores de salud y parteras en formación) y personas mayores sobre salud y derechos humanos empleando estrategias de la educación popular-.

Si bien, el cambio de carrera le provoca una inflexión en su trayectoria de formación institucional, es la desaparición de su padre lo que imprime huella en su formación continua como servidora de su pueblo.

“...jamás he aceptado que mi padre este muerto...”. Desde 1969 Agustina no ve a su padre, desde sus catorce años de edad, situación que vive con profundo dolor y que exterioriza en su interés por conocer el ámbito de los derechos humanos y su articulación con la partería indígena.

(...) la lucha que mi padre hizo con los pueblos indígenas de hacer valer sus derechos, de que el campesino fuera reconocido en sus derechos, de no permitir que los caciques les quitaran su café, su tierra, su maíz, su frijol, sus semillas y sobre todo su dignidad yo creo que esto ha sido como el timón del barco que ha movido, que ha movido mi corazón y que ha movido mi vida y que yo no puedo dejar aún lado el sufrimiento de otros. [Agustina, 2 de noviembre de 2012, entrevista]

1968-1970, años de represión, muerte, dolor y, a la vez, esperanza para la población mexicana: México 68, movimientos sociales y represión gubernamental, exigencia social por democratizar al país; una Iglesia oficial que opta por aprender y reconfigurarse conjuntamente con pueblos y comunidades pobres. El desarrollo de una práctica pedagógica popular a través del quehacer educativo y reflexión de Paulo Freire en Brasil⁹⁸; vivencia de la población mexicana en torno políticas asistencialista y corporativistas en torno un partido político.

En el imaginario social seguía vivo el proyecto cardenista de justicia social, organización obrera, reparto agrario y desarrollo cimentado en la agricultura y en pequeñas comunidades industriales. En Oaxaca, habían ocurrido cambios en lo económico y lo social.

Si la década de los cuarenta había sido la del inicio de la integración territorial por medio de las carreteras y la infraestructura educativa y de servicios, y la de los cincuenta la del avance en su consolidación, en los sesenta habría un preludio de crecimiento industrial con el establecimiento de algunas industrias de gran importancia, como la Papela Tuxtepec y el ingenio López Mateos en la región del Papaloapan, además de la cooperativa de Cemento

⁹⁸ En la que se perfilaba la necesidad de leer y comprender el mundo desde su dimensión: social, política, histórica y económica, ante el reconocimiento de las personas como sujetos condicionados e inacabados poniendo de manifiesto relaciones de opresión-colonización en las sociedades contemporáneas.

Cruz Azul; la conclusión del oleoducto Minatitlán-Salina Cruz, y el fortalecimiento de la actividad portuaria y pesquera en el Istmo. Así también ocurría a fines de la década la expansión de los servicios de salud y agua potable, y de electrificación urbana y rural, que a mediados de 1970 habían beneficiado a más de 150 poblados de varias regiones, tradicionalmente aislados. De tal manera, la vida cambió con la introducción de los servicios de agua para bombeo, de riego y potable para las casas, y de energía para la molienda del nixtamal y para los talleres de telar, lo cual liberó la fuerza de trabajo de la mujer. (Bailón, 2010: 245)

Leticia Reina (2010, 2011) caracteriza el periodo entre 1962 y 1973, como un periodo de “violencia contenida en el campo”, en el que se manifiesta la modernización e industrialización del país y la culminación del reparto agrario con la exclusión del campesinado de las reformas del Estado; incrementándose, con ello, luchas y movilizaciones armadas (guerrillas) y la agudización de la represión militar.

Durante este período no sólo se recrudecieron las malas condiciones de vida de los campesinos, sino que además se cerró la esperanza de resolver algunas de sus demandas por la vía electoral como lo había supuesto en la década anterior. También se clausuraron todos los canales de expresión y la represión militar se desplegó con toda su fuerza. (Reina, 2010: 49)

Si bien se manifestaban, por un lado, remanentes de un proceso de industrialización, modernización y urbanización del campo, el descontento social se venía expresando y que se quiso acallar mediante el reparto agrario y el reparto de dinero que, con la devaluación del peso y una exorbitante deuda, muchas familias quedaron endeudadas o en la quiebra. Se expresaron también intentos por desarticular a organizaciones populares autónomas propiciando la formación dos grandes corrientes sociales que se confrontarían a lo largo de la década de los setenta en Oaxaca. Una defensora del *statu quo* regional, de los privilegios del corporativismo, y heredera de la tradición de unidad de intereses de los grupos de élite de la ciudad. Otra, entonces incipiente, nacida de agrupaciones informales florecidas por las movilizaciones estudiantiles y de algunos dirigentes locales que acabaron en la cárcel; corriente social de lo cual se desprendieron dos líneas políticas: una que se suma a movimientos de insurrección (guerrillas urbanas que se nutren de las aulas universitarias y normalistas); y otra que se desarrollaba en organizaciones estudiantiles de diversa orientación de izquierdista.

La familia de Agustina y su pueblo, vivieron las dinámicas sociales emergidas de contextos políticos y económicos que se vivía en el país, así como un contexto específico como Oaxaca, donde si bien, la lucha por la tierra, su restitución y repartimiento fue colocándose a través del tiempo como prioridad se pasó a la lucha por los recursos naturales y la defensa del territorio creando estrategias de permanencia y reproducción cultural.⁹⁹

Panorama socio-político que se expresa en un momento significativo de vida que guía a Agustina a buscar espacios de participación social activa donde articulara sus referentes culturales con el compromiso social que estaba adquiriendo. Lo que la guió a optar, en 1972, por ingresar a las Comunidades Eclesiales de Base (CEB's).

Dando el servicio a las comunidades, a los diecisiete años ingresa a las CEB's lo que la lleva a adquirir mayores compromisos sociales. Ante las necesidades de salud de su colonia: “no había médicos; las mujeres estaban sumamente pobres, económicamente con muchas carencias y con mucha inseguridad, con mucha desconfianza”, los habitantes deciden en asamblea construir una Casa de Salud y designar a Agustina como una de las responsables para coordinar los trabajos.

(...) estuvimos aquí dando el servicio a la comunidad; la asamblea pidió que diéramos el servicio y estuvimos acompañando a las mujeres durante diecisiete años, y en todo momento, si había algún accidente, si había alguna lesión, si había necesidad, pues, de ayudar algún herido, algún enfermo, alguna persona con su dolor de cabeza, con su presión alta y su diabetes sobre todo (...) [Agustina, 26 de junio del 2012, Valles Centrales, Oaxaca]

Su participación social activa como miembro de las CEB's hizo que Agustina fuera aprendiendo la lectura de la realidad a través del cambio de la conciencia ingenua a la conciencia crítica; es decir, le permitió reafirmar su compromiso comunitario y ampliarlo a un compromiso social-político con toda la población; su sustento: la Teología de la Liberación y la Educación Popular, ambas herramientas que le permitieron combinar el

⁹⁹ Fue el abuso del poder de administraciones liberales lo que llevó a que pueblos y comunidades fueran creando estrategias de permanencia a través de alianzas con distintos sectores para, con ello, continuar recreando y reproduciendo sus formas organizativas de vida o incluyendo elementos externos que les permitieran continuidad, como: las elecciones de sus propias autoridades a través de asambleas, la celebración de fiestas y la posesión colectiva de la tierra.

ejercicio de la partería con actividades de transformación social, además de irse configurando como educadora popular y militante activa de las CEB's en Oaxaca. *“Estar ahí con el que te necesita, porque hablar de un acompañamiento a las mujeres embarazadas es hablar en todos los aspectos de la vida: social, político, económico...”* mencionó en entrevista.

Las CEB's (...) surgieron en diversos países, no como un movimiento de Iglesia, sino como la vivencia misma de Iglesia que toma partido por los pobres y se solidariza con ellos en sus luchas por su liberación. Así aparecieron casi simultáneamente en México, Brasil, Argentina, Chile, Perú. (Sánchez, 2007: 55) Siendo los años setenta el tiempo de mayor expansión.

En México estas comunidades han desarrollado diversas experiencias de participación social con el objetivo de transformar las situaciones de opresión, exclusión, explotación y negación de que son objeto, a través del análisis de la realidad, de los compromisos y acciones concretas y de la evaluación del proceder teniendo como referente el Evangelio, una lectura teológica que se construye desde la experiencia de vida de sus participantes (tanto seculares como laicos en coordinación pero, viviendo un aprendizaje constante y constructivo con grupos, pueblos y comunidades pobres); su método de acción: *ver, pensar, actuar, evaluar y celebrar*. Las CEB's alimentan con su proceder a una teología construida desde abajo que, en el caso de experiencias con grupos étnicos, sea configurado en una teología autóctona que reconstruye el Evangelio desde la propia experiencia cultural de los pueblos originarios.

Agustina vincula su participación social activa con su compromiso comunitario, reconstruye el sustento de la Teología de la Liberación con sus propios referentes culturales haciendo un ensamblaje que hoy en día le permite continuar con una militancia social y política de transformación ante situaciones de exclusión y muerte, donde la medicina indígena le ha proporcionada también un horizonte de entendimiento para construir estrategias de resistencia y defensa del territorio, espacio simbólico y material que proporciona una vida digna y, por tanto, la salud de quienes en él recrean la vida.

Agustina decide ingresar a las CEB's en un momento histórico en nuestro país, cuando la política de Estado desarrollaría un doble discurso con respecto a los grupos étnicos y la medicina tradicional, por un lado, realizaba acciones indigenistas sustentadas

en la integración –sustitución para la medicina tradicional- y el desarrollo y, por otro, un discurso que reconocía la existencia de la medicina tradicional y sus terapeutas, a su vez, que impulsó la participación de indígenas en espacios políticos. Un panorama que corría paralelo a lo que se venía gestando desde los pueblos y grupos organizados, que para Oaxaca, resultó una pieza más que pudo ensamblar con líneas de pensamiento y acción que estaban desarrollándose en ese momento: una alternancia en la política de partido, la visibilización de líderes indígenas en demanda de tierra y defensa de los recursos naturales, la gestación de organizaciones sociales que construirían otra manera de hacer política.

Después de 1968 la participación de religiosos en el ámbito de la reconstrucción de la Iglesia se hizo visible, la Teología de la Liberación llegó a Oaxaca con trabajos de dos obispos: Bartolomé Carrasco y Arturo Lona¹⁰⁰. Acciones y pensamiento que se fueron construyendo en colonias populares, pueblos y comunidades indígenas del estado. Agustina acoge ese referente ideológico y lo hace suyo, recreándolo desde sus referentes culturales: el tequio, la mano vuelta, la reciprocidad; incorporando también su referente religioso: la presencia de la dualidad (Dios padre y Dios madre), la presencia de estos dioses en la materialidad concreta de las personas, el compromiso cultural ante el ejercicio de una labor comunitaria y la organización misma de las comunidades (comunitaria y colectiva) que ha permitido, hasta hoy en día, la generación de acciones hacia la transformación de sus condiciones de vida.

Este andar, este aprendizaje junto con la Teología de la Liberación y la Educación popular llevó a Agustina a vivir experiencias formativas que la configuran hoy como partera comunitaria.

Su participación política como miembro de las CEB's la realizó en la región de Valles Centrales, en la colonia a la que se trasladó desde el Norte del estado, ahí vive el desarrollo de su familia, se casa y tiene hijos, cada parto lo vive como una experiencia singular¹⁰¹, pues, ella considera que cada parto es diferente aún de la misma mujer.

Al relatar la experiencia de uno de sus partos menciona que éste le fue difícil ante las condiciones de vida que mantenía en ese momento –condiciones que sintetizan un

¹⁰⁰ Quienes tuvieron como ejemplo de acción a don Samuel Ruiz García (1960-2000) –quien sustentó la construcción de una teología autóctona-, en Chiapas y a don Sergio Méndez Arceo (1952-1983) en Cuernavaca, Morelos. (Mendoza, 2014)

¹⁰¹ Y experiencias formativas que le han permitido comprender el proceso materno de otras mujeres.

contexto histórico local, regional y nacional-. Ella comparte en entrevista que la partera que le ayudó lo hizo fuera de tiempo, es decir, no recibió apoyo *en el trabajo de parto sino ya estando el bebé a fuera*.

(...) me empezaron las contracciones de mi hija la mayor (...) como a las doce u once y media de la mañana me empezaron, muy leves (...), nunca vimos una partera, (...) ya para ese tiempo los dolores eran más rápido, más rápidos y ¡nada de señas!, ¡nada!, ni rompió la fuente, entonces sí, ya yo me hinque, que me agarró del horcón ¡ya venían las contracciones para hacer fuerza!, y sentía clarito cómo estaba encajonando ya en el canal. Y me arme de valor...

-Dios lo que tú digas en este momento.

Jale la ropa como pude, y ya, a esas horas, mi niña empezó a llorar.

(...) baja mi suegra con la partera, entonces agarra y me amarra la cintura...me amarra con el rebozo y me dice:

-¡Te tengo que amarrar!, porque sino la placenta se te va a ir hacia arriba.¹⁰²

-¡Nooo!, Lupita –le dije- desátame. No estoy acostumbrada que me amarren, ¡déjeme!, déjeme ya va a bajar la placenta siento yo que ya.

Pues se reventaron las membranas (...) cuando empecé yo a ver que no estaba completa la placenta le dije:

-¡desátame!

-¡Nooo, ni lo quiera Dios!, te me vas a morir, te vas a ahogar.

Pues no me quería desatar la señora. La niña nació a la 01:20 de la tarde eran las 6 de la tarde y el residuo de placenta no me bajaba.

[...] ya llegó mi marido y le digo que me desatara; híjole, la regañó mi marido y que le dice:

-No, no doña Lupe ¡ella no está acostumbrada a que la amarren!

-¡no!, pero cómo creen; si ustedes la desatan y se nos va la placenta para arriba; le va a venir una hemorragia o se le va a subir y le viene el infarto.

Le dijo mi marido:

-Pues, lo que sea ella no va a estar así, ya mi mujer está fría.

Y ya oía yo bien lejos las voces...

...y que me desata y le dije:

-¡apriétame!

...me apreté ¡y va para afuera el pedacito! (...) me desangre mucho. Ya yo solita, solita me empecé a tomar mis tés, empecé a darme mis baños a checar mi sangrado que no oliera mal, todo, y eso hice. Pero si fue traumático ese parto. [Agustina y Rosa, 29 de junio de 2012, entrevista conjunta]

¹⁰² A largo de la búsqueda documental de las líneas de análisis de esta investigación, al respecto los referentes conceptuales de la practica medica de parteras en nuestro país, algunos investigadores del área antropológica han mencionado que las parteras consideran que deben esperar a que la placenta caiga para cortar el cordón umbilical porque, si se realiza antes se corre el riesgo que la placenta se suba y “ahogue” a la mujer provocando su muerte.

Experiencia formativa que lleva a Agustina a buscar constantemente estrategias para un parto seguro, reconociendo siempre niveles de injerencia tanto de la medicina tradicional como de la medicina académica. Aprendiendo en todo momento desde su propio cuerpo y escuchando la vivencia de otras mujeres; con una visión crítica al sistema real de salud; así como escuchando –en su momento- las enseñanzas de sus abuelas y a quienes invoca en cada parto para que le brinden más entereza y seguridad.

Su abuela paterna, doña Francisca, muere a en el año de 1977. *Yo siempre estaba a su lado* relata Agustina cuando recuerda la muerte de su abuela, menciona que *muere porque ya llegó el momento*, con 93 años de edad doña Francisca deja grandes enseñanzas a su nieta, le deja el legado de todo un pueblo, del pueblo indígena: *fue una mujer que caminaba mucho para ayudar a las mujeres*, además la hace parte de una posición crítica ante las condiciones de vida de los mexicanos pobres de nuestro país. La muerte de su madre y la desaparición de su padre son los momentos-huella que afirman su profesión.

Esta posición crítica ante las situaciones que viven los pueblos y las enseñanzas que va adquiriendo en su andar en cada región y estado de nuestro país, la llevó a ser parte de talleres y encuentros en marco de su participación social activa como miembro de las CEB's en los cuales compartió sus saberes y conocimientos con otros médicos indígenas, personal de salud comunitaria, organizaciones civiles y médicos académicos comprometidos desde hace más de dos décadas.

Fue parte de la organización de los pueblos en torno la lucha por el reconocimiento de la cultura y los derechos indígenas, ella misma se formó académicamente en el ámbito de los Derechos Humanos, el cual le ha servido para hacer uso de la exigibilidad hacia las instituciones de Estado. Conoció de cerca la experiencia de los pueblos indígenas de Chiapas, en su pasó por el estado en marco de las distintas acciones en pro de la construcción de la autonomía indígena, también fue parte del apoyo solidario con los poblados afectados por desastres naturales en las costas del estado, todo ello en marco de las acciones emprendidas por las CEB's¹⁰³. Experiencias formativas que la han llevado a recrear su práctica y reafirmar las razones que mantienen su compromiso político.

¹⁰³ Algunas de estas acciones se realizaron en contexto de: la Consulta Zapatista, la marcha de los 5000 delegados, el apoyo brindado a las comunidades del estado afectadas por el huracán "Paulina"; la Marcha del Color de la Tierra, las protestas por la muerte de los mineros en Pasta de Conchos, la muerte de Digna Ochoa, el movimiento social de la Asamblea Popular de los Pueblos de Oaxaca en 2006, la marcha "Por la

Que a la mujer se le respete su forma de parir. Por los relatos que mujeres oaxaqueñas compartían con ella sobre la atención recibida en instituciones de salud en relación a la atención de su parto, es que decide escribir junto con otras parteras tradicionales de Oaxaca un manifiesto a favor de la atención del parto humanizado.

(...) cuando nosotros tuvimos denuncias fuertes de las mujeres sobre como ellos [los médicos] las obligaban a parir acostadas con las piernas en alto (...) y que le cortan la vagina a la mujer [refiriéndose al periné]. (...) hicimos un pronunciamiento muy fuerte todas las parteras para que se hiciera el trato de un parto humanizado, se diera un *parto humanizado en el hospital*. (Agustina, 26 de junio de 2012, entrevista)¹⁰⁴

Discurso que ella incorpora en su práctica médica y de exigibilidad hacia el personal de salud y las instituciones, apelando al derecho de la mujer a ser reconocida como sujeto de decisión, que tiene el derecho a elegir cómo quiere parir, cómo desea vivir la experiencia de su parto y el nacimiento de su hijo con el apoyo, si así lo desea, de su familia o su partera, otorgándole un espacio seguro y acorde a sus referentes culturales para, así, disminuir las posibles complicaciones. Además reconoce que esta forma de vivir el parto es como las parteras indígenas acompañan a las mujeres, una práctica de siempre con observación, respeto y amor.

La respuesta que la Secretaría de Salud de Oaxaca (SSO) ha dado ha sido la introducción del parto vertical en hospitales que atienden población indígena, así como los dispositivos para que éste se lleve a cabo.

(...) cuando a nosotras nos llamaron y dijeron:

– ¡Vengan!, vamos a ver ya vamos hacer un parto humanizado, vamos a tratar a la mujer como ustedes lo pidieron.

Y vimos una cama que trajeron, no sé de qué estado del país, pues, es la misma cosa, el médico está sentado cómodamente, la mujer sí puede sentarse, puede hincarse para parir pero el acomodo del médico ahí está, igual, en las mismas condiciones, ya es una formación de la universidad (...) (Agustina, 26 de junio de 2012, entrevista)

Las construcciones conceptuales en torno el parto humanizado prioriza el papel de la mujer como centro del proceso materno otorgándole una participación activa tanto en su planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, dándole una atención integral

Paz con Justicia y Dignidad” y la solidaridad al movimiento en defensa de los migrantes, por mencionar algunos.

¹⁰⁴ Manifiesto de parteras oaxaqueñas a favor de un parto humanizado, ver Anexo 6

(Biurrun y Goberna, 2013). En algunos estudios (Martínez y Delgado, 2013; Biurrun y Goberna, 2013; Arnau, *et.al.*, 2012;) ubican el origen de este concepto en la Declaración de Fortaleza, Brasil emitida en 1985 por la OMS y la OPS como resultado de la revisión al modelo biomédico de atención a la gestación (Biurrun y Goberna, 2013) donde se hace la observación que el nacimiento –y todo el proceso materno- no debe ser tratado como enfermedad sino como un proceso natural y normal.

Si bien, no se emplearon los términos “parto humanizado” en esta reunión se crearon las bases para que organizaciones, grupos e individuos en distintos países iniciaran trabajos con respecto a una *atención perinatal adecuada* centrada en los derechos de la mujer y reduciendo prácticas clínicas que no favorecen el buen término del parto¹⁰⁵. Se reconoció la importancia del ámbito cultural de la mujer, así como al espíritu de colaboración entre parteras y sistemas oficiales de salud (OMS, 1985).

Declaración que alienta reflexiones y estudios posteriores que llevaron a otorgar sentido a los términos; los elementos que sustentan la propuesta son: *empoderamiento de la mujer, a través de su participación activa y toma de decisiones informadas; accesibilidad de los servicios de maternidad* –que respondan a las necesidades de la mujer y se centren en la APS-; *reducción de la excesiva medicalización del parto mediante la adopción de prácticas basadas en evidencia científica* y *el trabajo de colaboración e igualdad entre el personal que asiste el proceso materno* (Biurrun y Goberna, 2013).¹⁰⁶

En México la idea de un parto humanizado en los servicios de salud se ha ido colocando bajo un modelo de atención del embarazo, parto y puerperio sustentado en tres enfoques: humanizado, intercultural y seguro, con las siguientes orientaciones:

- ② **Humanizado.** Reconocer a la mujer “*el sujeto protagonista de su embarazo, parto y puerperio, con la capacidad de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quién*”

¹⁰⁵ La posición horizontal del parto -decúbito supino-, el uso sistemático de episiotomía, el uso de enema y tricatomía en el pubis, el ayuno e inmovilidad de la mujer, así como el uso de oxitocina para inducir el parto.

¹⁰⁶ Los términos como tal fueron usados por primera vez en la Conferencia Internacional sobre Humanización del Parto, celebrada en Ceará Brasil en el año 2000, de la cual, posteriormente, nace la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento formada por un conjunto de redes nacionales, agrupaciones y personas que proponen mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer; lo que ha generado la conformación de un movimiento internacional. En países como Argentina y España este movimiento ha tomado el nombre de “Parto Humanizado”, en Chile “dignificación del parto” y en Francia “Por un parto respetado”.

parir, bajo la cobertura de los derechos humanos” (Almaguer, Vargas y García, 2014: 111).

- ② Intercultural. Identificando las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud. Reconociendo la diversidad cultural, así como el enriquecimiento de la atención del parto con elementos de otros modelos médicos (entre ellos la partería tradicional) que fortalezcan tanto los elementos técnicos como al proceso de humanización del parto (*Ibidem.*).
- ② Seguro. El derecho a recibir una atención médica basada en fundamentos científicos, una atención desmedicalizada del proceso del parto, con la seguridad de contar con espacios resolutivos, en caso de emergencia. Se considera que el personal debe manejar competencias obstétricas para la identificación de los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Hacer valer los acuerdos institucionales para la referencias de emergencias obstétricas y el garantizar la atención oportuna de las mujeres en trabajo de parto, posean o no complicaciones, bajo el lema de “cero rechazo”. (Almaguer, Vargas y García, 2014).

Perspectiva que se ha ido desarrollando con base en los trabajos que ha realizado la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud, creada en agosto de 2002 en el contexto del reconocimiento de la diversidad cultural del país; y cuyos referentes conceptuales y de operatividad los ha ido construyendo a través de 10 años de trabajo, tanto con los Encuentros de Enriquecimiento Mutuo realizados con médicos tradicionales¹⁰⁷; como de las observaciones realizadas a técnicas terapéuticas indígenas (uso del temazcal y la herbolaria) y la integración de las medicinas complementarias y alternativas en la atención de la salud de la mujer. En este tenor, también dicha dirección ha conformado cursos de capacitación con base en criterios como: “sensibilización y amigabilidad cultural”, “adecuación cultural” e “inclusión”.

Intensiones que Agustina vive de cerca en la implementación aún distorsionada del modelo de atención con enfoque humanizado en Oaxaca, lo cual manifiesta el uso enajenado de recursos culturales de los grupos étnicos con pretensiones de una falsa

¹⁰⁷ De los cuales surgió el diseño de dispositivos para favorecer las posiciones verticales del parto: Mesa obstétrica para la atención del parto humanizado intercultural en posición vertical; banco obstétrico en forma de U y banco obstétrico ergonómico

generosidad donde emerge el asistencialismo y una pretendida integración a la inversa, es decir, se pretende ahora que en los espacios públicos, en este caso de salud, donde la medicina moderna históricamente se ha desarrollado con hegemonía ahora se “integren” otras medicinas (entre éstas la tradicional), principalmente con técnicas terapéuticas que han “demostrado”, para la ciencia médica, algún beneficio para el proceso curativo de la población.

De ahí que la trayectoria de Agustina en marco de su participación social activa y la defensa de la medicina indígena y los derechos de las mujeres la ha llevado a considerar que aún falta mucho por hacer: *“actualmente hemos tenido también intercambios con médicos tradicionales [para] que siga multiplicándose que el trato en las clínicas sea en base a la cultura de cada mujer, a la forma de vida que se tiene”*. Una lucha en defensa de los derechos de la mujer”, que a la mujer se le informe sobre el proceso que vivirá, que haya la confianza con el personal de salud para que la mujer pregunte sin miedo y pueda estar informada para decidir sobre su cuerpo, una decisión del ámbito íntimo que aún le pertenece a ella, a su familia y a su pueblo en tanto analogía de territorialidad.

Es decir, que *el parto humanizado sea respetado* basándose en el papel protagonista de la mujer, que se le informe con veracidad, que se escuche y respete su decisión; que en todos los ámbitos (hospitalario y académico) se reconozca y respete su particularidad cultural, que se reconozca el papel fundamental de la familia y la comunidad, que la mujer cuando va a parir no va a estar sola. En resumen: que la atención institucional y comunitaria del parto sea *“en base a la cultura de cada mujer”*.

Parto humanizado. Consideramos a la partería indígena tradicional como una sabiduría ancestral capaz de abarcar al ser humano entero, reconociendo el carácter familiar, íntimo y sagrado del nacimiento. Reconocemos a lo largo de la historia la fuerza y sabiduría de madre y bebé, buscando un parto y nacimiento saludables, armoniosos no violentos, seguros y respetuosos; hábil para salvar vidas, cuerpo y mente de mamá y bebé que están preparados. [Son] fundamentales los cuidados sabios y expertos de quien asiste el parto; de esos cuidados –y de las condiciones ambientales y culturales- de cada persona depende su supervivencia y su salud. Madres y bebés felices y sanos son fuente de alegría y celebración. Y, aunque no siempre está en nuestras manos, es importante contar con

herramientas para invitar a la vida a quedarse y florecer. [Agustina, taller de parto 2010, recopilación fotográfica y audios¹⁰⁸]

Este caminar reflexivo, crítico, creativo y comunitario de Agustina la ha llevado a considerar que la partería indígena también puede buscar herramientas que contribuyan a otorgar un proceso materno seguro y armonioso, por lo cual, ella considera que la partería indígena puede compartirse que, si bien, la *designación del don* y la afirmación del compromiso comunitario son fundamentales en la formación de una partera comunitaria, ella ha reconocido que, ante las condiciones de vida de la población, más allá del don *la partería puede ser compartida*. Ella reafirma que es su deber compartir sus habilidades, saberes y conocimientos con otras mujeres que deseen y se comprometen a servir a sus pueblos acompañando a la mujer indígena en su proceso materno.

Dejar esta herencia. En 2009 y 2010 realizó talleres dirigidos a promotores de salud de la región mixteca de Oaxaca, cuyo propósito fue compartir saberes en torno el embarazo, parto y puerperio, un trabajo sustentado en marco de actividades con CEB's, en los cuales expresó una síntesis de los referentes ideológicos construidos a lo largo de 38 años de experiencia, en los cuales expresa indicios de una medicina y una metodología educativa propia.¹⁰⁹

Con esta idea de compartir sus saberes Agustina ha participado también en la formación de parteras jóvenes, mujeres dispuestas a ayudar en sus comunidades ante la problemática de salud presente en el estado. ***Viviendo la práctica ellas van a abrir más el camino***, comenta.

[...] nosotros hemos ido a dar temas, cursos a mujeres indígenas que están trabajando con su organización, a jovencitas de las comunidades indígenas [para] capacitarlas, formarlas como parteras. Nos llaman a las parteras ya mayores para que compartamos la experiencia pero, jamás se meten tanto en la práctica, nosotros sí los hemos invitado a que acompañen estas jóvenes en la práctica, porque así se pierde el miedo y ya *viviendo la práctica ellas van a abrir más el camino*, entonces, es lo que está pasando ahorita, yo siento que *hay una gran necesidad de formar parteras*, de invitar, de convocar, de insistir [...] (Agustina, 26 de junio de 2012, entrevista]

¹⁰⁸ Véanse fotos en Anexo 7

¹⁰⁹ Hablar de una medicina y metodología educativa propia es hacer referencia a elementos que expresan tanto la matriz cultural del pueblo indígena como aquellos de otras culturas que permiten otorgan seguridad y efectividad a los cuidados, es decir, son elementos que pasan al repertorio ideológico, lingüístico y de la vida práctica de de quienes los recrean.

La formación de parteras por organizaciones de la sociedad civil ha tomado relevancia en los últimos años, trabajo encaminado a configurar otras prácticas en la atención de la mujer combinando orientaciones y técnicas de la medicina indígena tradicional y del modelo médico moderno, tomando en cuenta las propuestas internacionales en torno el parto y el nacimiento así como la Medicina Basada en Evidencia.

Ejemplo en nuestro país se localiza en la Escuela de Parteras Profesionales del Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende (CASA, A. C.) Guanajuato, creada en 1996 la cual obtuvo reconocimiento de validez oficial en 2001 por parte de la SEP del estado para certificar la formación de parteras profesionales a nivel técnico, cuya experiencia se sustenta en la perspectiva de la humanización del nacimiento (Barría, 2007) y la salud reproductiva, trabajo dirigido principalmente a mujeres que viven en comunidades rurales e indígenas y que están relacionadas de alguna manera con la partería indígena (Nicolás, 2012).

En Oaxaca, la organización civil Nueve Lunas, fundada en 2004 por Cristina Galante y Araceli Gil, creó el Centro de Iniciación a la Partería Luna Llena cuya misión es:

[...] impulsar un modelo educativo para la formación de parteras y parteros jóvenes, dirigido especialmente a población indígena, desde una concepción integral de la atención, la perspectiva de la salud sexual y reproductiva, con énfasis en una visión ecológica, de género, de derechos humanos, humanista y pluricultural. El enfoque promueve un perfil en el cual la o el egresada/o mantiene el arraigo en su comunidad y una fuerte vocación de servicio, las parteras de mayor experiencia, junto con otras especialistas, se convierten en mentores y acompañantes durante el proceso de formación e incluso después de éste. (Nueve Lunas, 2011)

Propuesta educativa dirigida a jóvenes indígenas entre 16 y 25 años, con experiencia o conocimientos en el área de la salud; aprendices de partera, hijas o nietas de parteras indígenas, promotoras y/o auxiliares de salud que cuenten con el aval de una partera tradicional reconocida en su comunidad, quien toma el papel de “madrina” durante toda su formación; deben contar con la autorización de su familia y respaldo de las autoridades de su comunidad, además de contar con una “buena comprensión del español” y saber leer y escribir. La formación que se realiza principalmente en la comunidad y una vez al mes a

través de círculos de aprendizaje¹¹⁰, dicha organización ha atendido a 13 localidades de 12 municipios de alta y muy alta marginalidad en Oaxaca (en zona mixe, en la Chinantla, Cuicatlán y Tlacolula) (Nueve Lunas, n. d.).

Experiencias educativas que se hacen presentes con aquellas que se crean de las propias necesidades de pueblos y comunidades para dar respuesta a sus problemas locales de salud cuyo fundamento se sustenta en la formación de personal de salud comunitaria, entre ellos la capacitación a parteras indígenas (López Silva, 1999; López Enríquez, 2011).

La participación de Agustina se coloca en contexto de estas prácticas, un actuar que la coloca como *sujeto pedagógico* que comparte con otros y aprende de manera constante para reproducir y recrear su práctica médica a través del compromiso comunitario. Una formación continua a razón de retos y desafíos que la realidad de los pueblos la ha llevado a compartir su práctica también en encuentros, reuniones y talleres con diferentes sectores de la sociedad.

Con el Centro Nacional de Misiones Indígenas (CENAMI) Agustina ha aprendido a orientar su trabajo desde líneas de acción que le permiten recrear el tejido comunitario del pueblo indígena, un planteamiento que se sustenta en los *ejes fundamentales del proyecto indio*.

Este proyecto indio consiste en una propuesta social, civilizatoria de los pueblos pero, no solamente en una propuesta sino en un ejercicio de hacer sociedad, de construir una civilización con una propuesta, con una alternativa, con un sistema de organización, con un sistema también de trabajo y de pueblos y, digamos que este proyecto que tienen los pueblos se sostiene en lo que nosotros llamamos *ejes fundamentales* o *los horcones comunitarios*, dentro de estos horcones comunitarios de los pueblos está fundamentalmente *el territorio, el trabajo común, la fiesta, las asambleas y las autoridades*, son como los componentes básicos de un proyecto de los pueblos indígenas. (Abad Cruz del Ángel, CENAMI, 2012) [Subrayado mío]

La salud de los pueblos se inserta en la permanencia y recreación de estos horcones, principalmente en *el territorio*, que es el referente material donde los pueblos indígenas

¹¹⁰ Propuesta de trabajo que contempla:

- Duración de tres años: dos de enseñanzas y uno de servicio social y prácticas.
- Total de 590 horas de enseñanza–aprendizaje.
- Prácticas con parteras tradicionales.
- 18 Círculos de aprendizaje de 32 horas cada uno.
- 5 Ejes de aprendizaje o asignaturas.
- 30 Temas.

reproducen y recrean la vida, donde encuentran alimento, alivio, casa, historia... Es espacio y tiempo, es pasado y futuro.

El territorio no es solamente el terreno donde están sino que hay un vínculo con la tierra, un vínculo sagrado, un vínculo social, un vínculo teológico que *les da una fuerza de pertenencia y que les da sentido a toda su vida prácticamente*, esto es fundamental en la *lucha por los derechos de esos pueblos*, derecho a su territorio, o sea, la comunidad no se da en el aire, la comunidad se da en un territorio determinado, donde están sus antepasados, donde está su vida entera. (Eleazar López Hernández, Diócesis de Tehuantepec, CENAMI, 2012) [Subrayado mío]

Una materialidad que permite la vida práctica de los pueblos y su sustento ideológico, es lo que les permite permanencia, recreación y continuidad. Por ello la defensa del territorio es una bandera que ondea en cada rincón del país donde mineras, empresas transnacionales y proyectos gubernamentales pretender despojar, explotar y extraer recursos naturales (metales, agua, petróleo, gas) y sociales (conocimientos indígenas) sin concertar con los pueblos, el derecho a ejercer la libre determinación ha sido y será un ejemplo de que una vez que los pueblos adquirieron la palabra jamás la van a soltar. Una pretensión de ser sujeto que opta por construir su propia historia, Agustina día con día asegura que las mujeres, familias y pueblos que acompañan sean protagonistas de sus procesos de sanación, afirmando con ello una *salud en manos del pueblo*.

Salud en Manos del Pueblo, es organización regional de comunidades y pueblos que reconstruye territorialmente identidades desde una geopolítica propia. Es decir, una organización abarcativa (Bartolomé, 1996) centrada en la reflexión y construcción de estrategias sociales, políticas, culturales y económicas que permiten a los pueblos recrear la vida en torno su salud, educación, derechos humanos, ecología, trabajo y soberanía alimentaria. A estos encuentros Agustina asiste cada año, según sean sus posibilidades, en 2013 se llevó a cabo en San Pedro¹¹¹ en la sierra sur de Oaxaca, pueblo zapoteco que albergó, alimentó y brindó la infraestructura necesaria para su realización¹¹². El espacio: la parte más alta de la localidad, en las inmediaciones de la iglesia y la casa ejidal; el tema: “*Salud y territorio de nuestros pueblos indígenas hoy*”, los participantes: amas de casa, campesinos, promotores de salud, parteras, médicos tradicionales, estudiantes, responsables comunitarios, religiosos y líderes indígenas, reunidos para la reflexión, concertación y

¹¹¹ Nombre modificado.

¹¹² Evento que mostró la organización de 105 comunidades.

propuestas resolutivas a las problemáticas planteadas con el afán de buscar la vida buena; con la premisa de transformar las condiciones de muerte y negación. La metodología: preguntas generadoras, círculos de reflexión de problemáticas locales, plenarias de exposición y reflexión considerando los contextos regional, nacional e internacional (percepción estructural de las problemáticas) partiendo de las experiencias de los participantes (de su información previa) y compromisos de transformación sustentados en los acuerdos del encuentro. Espacio de experiencia educativa donde se pretendieron relaciones sociales de horizontalidad entre los participantes, quienes se mostraron siempre respetuosos de la lógica cultural del lugar y colaboraron en trabajos de logística para sostener el encuentro (asignación de roles para la limpieza de los lugares comunes, asignación de celebraciones religiosas al inicio y final de cada jornada en la cual cada región visitante expresaba el *círculo sagrado de los cinco rumbos* ofrendando con elementos disponibles).¹¹³

Sitio de encuentro y compartición donde Agustina reafirmó su praxis dialógica, donde confirmó su compromiso social, cultural, político, religioso y médico. Una partera comunitaria que como sujeto pedagógico ejerce su papel histórico: *recrear la partería indígena para que individuos, familias y comunidades sigan siendo pueblo*, con la marcada necesidad de una formación continua para brindar *acompañamiento seguro a los procesos maternos*.

Como Agustina, partera nacida del estado de Oaxaca, Mary también comparte indicios de su formación y experiencias educativas que la han configurado en lo que hoy representa: una partera comunitaria que por necesidad reconocido su compromiso comunitario para ayudar a sus compañeras mujeres. Ambas parteras comunitarias que permiten una lectura distinta de cómo se forma una partera tradicional hoy, partiendo de su relato, de la interpretación y lectura que ambas hacen de su propio andar.

¹¹³ Ver reserva fotográfica en el Anexo 8

Mary, partera por necesidad. Marqués de Comillas, Chiapas

[...] *abuela y nieta tuvieron que salir nuevamente a la calle, ahora más de prisa. El camino era largo y Mátlatl sabía que podía tratarse de una verdadera urgencia. ‘Correr, abuela, correr’, decía Xálatl. La abuela respondió: ‘Es la ley de las parteras.’ Agobiadas por el bochorno de la tarde, la abuela y la nieta continuaron la pesada marcha. ‘¿Siempre has llegado a tiempo, abuela? El rostro de Mátlatl se oscureció de amargura. ‘No estuve presente en la ocasión que más hubiera deseado estarlo en toda mi vida.’ El paso apresurado se volvió más lento por la fatigosa distancia. Mátlatl, como si no hubiese podido detener el flujo de sus palabras, continuó el doloroso relato: ‘Mi propia hija, mi única hija, la que debía sucederme en el oficio, murió en su primer parto. Yo estaba muy lejos, y la partera que la atendía supo en el momento más difícil que no se lograría el nacimiento del niño. Hizo todo lo que pudo, lo que nuestro saber aconseja; pero murió mi hija, y ahora está en el cielo como una diosa que acompaña al Sol en su camino. Desde entonces he quedado muy sola en el mundo.’*

López Austin (1999)

La formación de quienes acompañan a la mujer durante su paso (el parto) y reciben a los bebés en zonas *donde no hay doctor*, nos vincula a procesos singulares de configuración de una práctica especializada, que se cruza con situaciones concretas de vida. De ahí que resulte importante la formación singular de cada partera o partero, cómo se hicieron, quién o quiénes encaminaron su formación, desde qué horizontes ideológicos y cuáles son los vínculos que establecen con los individuos y comunidades a quienes acompañan.

No hay quien pueda recoger el bebé. El momento huella que Mary compartió perfila una de las condiciones por la cual muchas mujeres y hombres acceden a realizar (y enseñarse) una labor tan importante como lo es la partería tradicional: la necesidad de responder a problemáticas de salud materna ante la ausencia de servicios médicos, espacio de cruce que no bastaría con este trabajo para ser abordado, sin embargo, esta aproximación permite leer una geografía más y otra historia desde la experiencia de vida e una partera indígena de Chiapas quien, además, permite también colocar hilos de tonalidades distintas para darle amplitud y grosor al urdimbre.

Veamos...

Mary, mujer indígena zoque que se hace *partera por necesidad*. Originaria de la región del municipio Francisco León en el noroeste del estado de Chiapas, portadora de una tradición y dinámica cultural de pueblo originario, nace a la mitad del siglo XX, cuando el

indigenismo como política de Estado perfilaba hacia su institucionalización y, con los años, ella cruzaría su andar –como el de Agustina- con un proyecto imaginario de nación.¹¹⁴

La política implementada hacia los pueblos indígenas desde 1950 se concretó con la creación de Centros Coordinadores Indigenistas, siendo Chiapas el primer estado en llevarse a cabo. Con respecto a la zona zoque ello no se hizo esperar, por lo cual se instalaron...

[...] dos Centros Coordinadores o Agencias de Desarrollo Comunal, en lugares estratégicos, considerados como puntos de entrada a la Sierra; ellos son Copainalá y Pichucalco [...] se [desarrollaron] brigadas de técnicos y asesores especializados en agronomía, zootecnia, medicina, educación, economía y demás conocimientos que se requieren en este tipo de trabajo. Unido a ello se [crearon] escuelas, puestos médicos y postas agropecuarias, en las que participan como asistentes los propios indígenas de la región [...] (Villa, 1990: 40)

Posteriormente, en la década de los 70 en la zona se construyeron tres presas hidroeléctricas: Malpaso, Chicoasén y Peñitas; y se descubrieron algunos yacimientos de petróleo y gas, lo que originó que la población campesina fuera desplazada hacia otros lugares (Villa, 1973, 1990) y no tuvieran más opción que emplearse como peones en las compañías perforadoras (Mellado, 1994).

La construcción de las presas de Malpaso y Chicoasén, así como el descubrimiento de grandes mantos petrolíferos en las zonas de Ostucán y Pichucalco [y Reforma], abrían el camino a un contacto inmediato y masivo de este grupo con los agentes y técnicas de la cultura industrial moderna [...] quedarían expuestos a cambios rápidos los usos, costumbres, prácticas y demás modos de la tradición que [...] se había logrado conservar. (Villa, et. al., 1990: 11)¹¹⁵

¹¹⁴ La zona “tradicionalmente” zoque se localiza hacia el noroeste del estado de Chiapas y zonas aledañas de Oaxaca y Tabasco pero, debido a su movilidad geográfica y a políticas de reubicación y repoblamiento, no se les puede localizar en una sola área, la mayor concentración se da en tres zonas diferenciadas: *serrana* – comprende los municipios de Coapilla, Ocotepec, Pantepec, Rayón y Tapalapa-; la *vertiente del Golfo*, en la que se encuentran los municipios de Amatlán, Chapultenango, Francisco León, Ixhuatán, Ixtacomitán, Ostucán, Solosuchiapa y Tapilula; y la *depresión central*, en donde se asientan los municipios de Copainalá, Chicoasén, Ocozocoautla y Tecpatán (Villa, 1990; Mellado, 1994; CDI, 2014). Y actualmente habitan familias enteras en la región Selva Lacandona (ver mapa de su distribución geográfica actual, Anexo 9).

¹¹⁵ El desarrollo de la ganadería en la zona, la construcción de carreteras y escuelas, la migración de indígenas tzotziles en busca de tierras y trabajo, así como, posteriormente, el impulso de la industria moderna (con la construcción de hidroeléctricas y la industria petrolera en la década de los 70’s) se estimuló los cambios culturales y geopolíticos que la población ya venía experimentando: bilingüismo para las regiones más comunicadas (español-zoque) así como el desarrollo económico para algunas zonas aún siendo la parte Serrana la de mayor pobreza (Villa, 1990).

En esa década Mary hace experiencia la situación que le designa su labor. Vinculada a la partería por descendencia, filiación política y por su experiencia materna, a sus 25 años de edad, y ya con dos hijos y uno en camino, se enfrenta a una necesidad que la coloca en el evento circunstancial que le marcó su devenir.

Yo empecé a verlo a los 25 años, por ahí, yo empecé a ver primero con mi concuña así empecé a ver porque murió mi suegra, ella era partera; entonces, llegó el día que se enfermó para aliviarse, *no hay quien pueda recoger el bebé*, bueno me fue a buscar mi cuñado para que la atiende, respondo que no sé nada de cómo atender. (Mary, 22 de enero de 2013, Benemérito de las Américas, Chiapas, entrevista) [Subrayado mío]

No hay quien pueda recoger el bebé, momento significativo de vida que le permite ayudar a otras mujeres ante la solicitud de sus servicios, el cual le marca la pauta —ante el reconocimiento de su falta de pericia— para seguir preguntando y preparándose como partera. “*Al principio así es lo que veo, cuando en un principio lo vi uno, me empezaron a buscar de aquí por acá, porque la partera murió (...) tengo que ir a ver*¹¹⁶. *Eso es lo que he hecho, lo que mi cuñado me enseñó así he seguido*”. Aprendizaje constante, duro, desafiante —ante emergencias obstétricas y neonatales—, pues, cada parto, cada nacimiento fueron enseñanzas para su profesión, observando, escuchando, reconociendo su nivel de injerencia ante el contexto, ante la situación, siempre acompañando con decisión, permitiendo la comunicación con lo sagrado para el desenlace feliz del parto y el nacimiento.

Puede mencionarse que ante la llegada de la industria moderna a la región zoque llevó poco a poco al cambio paulatino en la manera de comprender el mundo, si bien, muchos referentes ideológicos como los mitos de creación y lo que corresponde a fiestas y religiosidad se han recreado con el tiempo permaneciendo datos de la matriz cultural zoque; cabe resaltar la consideración que parteras zoques mantienen sobre el parto y el nacimiento, pues, lo refieren como una enfermedad (Mellado, 1994 y referencia de Mary en esta investigación) una consideración que es orientación de la obstetricia de inicios del siglo XX y que sustenta la intervención farmacológica y tecnológica del parto. Pregunto: ¿Qué significa para Mary enfermedad cuando hace referencia al parto y al nacimiento?, ¿tiene que ver ello con la orientación moderna de la obstetricia, la cual experimenta ante la cercanía de la población que sustenta la industria moderna?, ¿qué construcciones hace del enfoque de riesgo el cual aprende de manera informal en el contacto que tuvo con médicos alópatas en la ciudad de Tuxtla, para referir como enferma a la mujer embarazada y en proceso de parto? Preguntas que desbordan este trabajo.

¹¹⁶ Entre los zoques se refieren a las parteras como: *same yomo, un bibi cunyumiam* o en ocasiones con el término “abuelita”, que en zoque es: *machue, oco, yaya* (Mellado, 1994). Ricardo, el educador de salud que fue un interlocutor clave para el trabajo con Mary menciona que en lengua zoque a la partera se le dice ookomáma, abuela madre.

[...] con una oración de la virgen, porque yo sé la oración de la virgen, yo sabe “angeluz” y con eso hace mi trabajo. Yo me digo que es por eso que lo salva mi compañera (...) a veces si viene con la nalga, una vez lo pasamos aquí, vino la criatura con la nalga, sentada [...] salimos como a media noche y ya cuando llegamos la señora ya estaba saliendo [el bebé estaba naciendo], entonces, yo tengo miedo, no sabe donde tiene la cabecita [mandé] a buscar a la enfermera y entonces ella rápido checó y me dijo: está sentado y cómo lo hacemos. Le ayudé, con sufrimiento sale la bebé, sentada, pero nació bien (...). (Mary, 24 de enero de 2013, Benemérito de las Américas, Chiapas, entrevista)

Enseñanzas continuas que le permiten la búsqueda de soluciones, poniendo atención y memorizando la terapéutica que le resulta eficaz para algún padecimiento, principalmente en el cuidado de sus propios hijos y la salud de las mujeres que a ella acuden, pues, al no saber leer y escribir ella confía en su memoria, en la observación atenta y registro de lo que le funciona.

En sus viajes a Ostuacán, municipio en que los pobladores vivían el auge de la extracción de petróleo y gas natural¹¹⁷, Mary acudía para comprar “algunas cositas” e indagar en la farmacia “qué sirve” para controlar la hemorragia, una problemática siempre le preocupó.¹¹⁸

yo le preguntó a una doctora en la farmacia...ahí lo preguntaba qué sirve para controlar la hemorragia...me [dijo] más bueno ergotrate, ergotrate¹¹⁹ inyectable, entonces yo empecé a comprar, como empecé a atender embarazadas, pero yo lo busque, le puse uno en cada lado y pobrecita mujer entonces empezó a parar la enfermedad [el sangrado], le dije al esposo: ¡ahora vas a buscar hoja de pimienta!, le herví la hoja de pimienta, lo herví y esa misma noche la bañe, al bebé lo bañe con aceite... (Mary, 24 de enero de 2013, Benemérito de las Américas, entrevista)

¹¹⁷ Que junto con los municipios de Juárez, Pichucalco y el complejo petroquímico Cactus (municipio de Reforma) fueron los principales motores económicos de la región, conformando dos centros urbanos más importantes: Reforma y Pichucalco. (Viqueira y Ruz, 2004)

¹¹⁸ Mellado (1994: 919) en la explicación que hace sobre las parteras zoques menciona que ellas consideran como dificultades más frecuentes de las mujeres de sus comunidades al momento del parto es la retención de la placenta, ‘porque está muy pegada, o se rompe y queda en pedazos’, lo que da como resultado ‘que se pudra por dentro’ y la mujer empiece a padecer dolor y fiebre y finalmente muera. También las parteras refieren que después del parto algunas mujeres suelen presentar hemorragia abundante, difícil de controlar, debido a que durante el parto sufren desgarramientos por alguna ‘dificultad en la posición del niño’; si esto ocurre, la mujer cae en estado crítico llamado *motzi-apa* (debilidad), en el que pierde el sentido, se desmaya y se muere’. La hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio es la tercera causa más frecuente de muerte materna en nuestro país y primera en Chiapas en 2013 (Freyermuth, Luna y Muñoz, 2015).

¹¹⁹ *Meleato de ergometrina* (sustancia química) que es un oxitócico que se emplea para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto o del aborto debido a atonía uterina.

El uso de tecnología de la biomedicina y de medicina indígena se hace notable ante la necesidad de responder a problemas durante el parto. Así Mary buscó una respuesta a lo que presentaban sus compañeras.¹²⁰

En el año de 1982 vive un acontecimiento importante de su vida, el cual le amplía sus rumbos, no sólo a ella sino a quienes también recuerdan ese evento con profundo dolor.

Cuando tronó el volcán. Cuando hizo erupción el Chichonal muchos pobladores salieron de su lugar de origen y se albergaron en sitios preparados en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, con el tiempo, habitantes del municipio de Francisco León –pueblo de origen de Mary- y Chapultenango fueron reubicados en otras regiones del estado y conformando después nuevos poblados de familias zoques.

[...] desapareció, quedó aplastado Francisco León, son varias comunidades: Francisco León, colonia Volcán, colonia Guayabal, esos tres pueblos quedaron, bajo tierra... es que están abajo del cerro... lo que es a pie del cerro, entonces ahí cayeron piedras grandes, pomas, de esas rocosas, duras...emparejo zanjas como las que vemos ahí, quedo plana. En ese año no hubo cosechas, hubo en otros lados pero, ahí estaba pelón, ahorita está recuperando la vida ahí, pero muy lento, por ejemplo, el café que siembran ahí ahora produce poco no da como antes, el cacao y, en medio de todo eso, está el pozo petrolero que está como a 20 kilómetros cerca de Reforma...entonces, echan humo día y noche... y afecta la floración de las plantas [esto desde] antes de la erupción [...] (Ramiro, Educador de salud, Benemérito de las Américas, 15 de julio de 2013, informante clave, correlato]

Entre el 28 marzo y el 4 abril de 1982 el volcán Chichón hizo varias erupciones, las poblaciones de los municipios de Chapultenango y Francisco León, que circundaban al complejo volcánico, se vieron obligadas a emigrar ante el fenómeno telúrico –aunque muchas familias prefirieron no salir para no perder lo poco que tenían- y buscar refugio en otros poblados; hubo desinterés del gobierno estatal y su intervención se dio 15 días después del primer evento telúrico¹²¹. Los testimonios que Reyes Gómez (2007) presenta

¹²⁰ El uso de oxitócicos sintéticos por parte del personal de salud –entre ellos las parteras- merece la atención, pues, si no se realiza de forma adecuada pueden generar grandes complicaciones a las mujeres gestantes y a sus hijos. Mary sólo ejemplifica cómo llega la ergometrina a sus manos, ante una necesidad y que manifiesta sólo usarla en caso de que no pare la “enfermedad” (hemorragia) de la mujer pero no para inducir el parto, ante ello emplea plantas que “calienten” a la mujer, ¿qué es lo que llevó a Mary a continuar con el uso de este medicamento si ha compartido con otras parteras conocimientos herbolarios para el apoyo al parto?, ¿qué fue lo que condicionó su proceder?

¹²¹ Los zoques (3 515 familias) constituyeron la tercera prioridad de evacuación del gobierno estatal, después del ganado (25 mil cabezas) y el café (35 mil toneladas, aproximadamente). (Schmid, 1985: 5 citado en Reyes Gómez, 2007: 34).

en su libro “Los zoches del volcán” manifiesta el sentir de personas que vivieron el hecho, donde se muestran algunos comportamientos que tuvieron los pobladores, las interpretaciones que ellos hicieron del evento¹²², sus causas y consecuencias así como el cambio de vida que sufrieron a partir de “cuando tronó el volcán”.

El gobierno estatal dispuso un albergue (La Chacona), en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez para recibir a los damnificados, su estancia fue corta, pues, fue declarada su reubicación, fueron trasladados a lugares cercanos de la región “tradicionalmente” zoque en los municipios de Juárez, Acala y Chiapa de Corzo, así como al municipio Ocosingo, fuera de la región. También se registraron algunas migraciones menores en los estados Tabasco, Veracruz y Quintana Roo, donde la población se empleó como obreros en zonas petroleras, ganaderas o turísticas (Reyes Gomez, 2007).

Las familias que fueron reubicadas en el municipio de Ocosingo formaron un nuevo poblado, que con el tiempo adquiriría el nombre de su lugar de origen: “Nuevo Francisco León”, ahí conocieron otras tierras, otros pueblos, otras lenguas, otros grupos étnicos (tzeltales y choles principalmente). En 1985 un grupo de 223 ejidatarios de este poblado solicitaron otras tierras, la respuesta gubernamental les dio como posibilidad poblar tierras cercanas a la frontera sur del país llegando, con ello, a la región que se conoció como Marqués de Comillas¹²³. Mary formó parte de las familias que fueron trasladadas a Ocosingo donde continuo apoyando a las mujeres que se lo solicitaban.

Siendo una mujer casada y con hijos ella continuó de forma decidida su labor, fue dejando poco a poco las labores del hogar, en ocasiones llevaba a sus hijos con ella, si es que se encontraban amamantando o los dejaba con su papá. Su esposo la apoyó en todo momento y a ella no le preocupó adquirir alguna enfermedad durante las salidas que hacía para visitar y apoyar a las mujeres cuando se lo solicitaban. Decisiones que la llevaron a

¹²² Báez (2010) menciona que las familias de las regiones afectadas interpretaban el hecho como una respuesta violenta de la *Piowačwe* (“vieja que se quema”), ante las exploraciones petroleras realizadas en el norte de Chiapas al iniciarse la década de los setenta. Dicho personaje obedece a un mito de creación: la creación del volcán Chichonal.

¹²³ El gobierno federal pretendió crear en la región una valla humana que contuviera el éxodo de población guatemalteca a nuestro país debido a la guerra civil que acontecía en esos momentos en Guatemala, lo que originó que se crearan Nuevos Centros de Población Ejidal, entre los cuales se asentaron las familias zoques (con otras familias de distintos lugares del país), población que se enfrentó a un medio natural y social desconocido en el que tuvieron que aprender y sobrevivir (Heredia, 2007; López Enríquez, 2011).

vivir experiencias formativas que ampliaron su horizonte de entendimiento con respecto algunos padecimientos de las mujeres y sus niños.

[...] nunca me enfermaba porque yo no me ponía triste, en ese entonces que yo veía a enfermas [refiere a embarazadas] no pensaba que se iban a enfermar, no pensaba que no lo iba a atender y que me iba a ventear, agarro mi toalla, me la aviento encima. Tengo mi santo, enciendo mi veladora le digo a donde voy y así estoy saliendo. Pero la gracia de Dios nunca me hizo nada. [Mary, 22 de enero de 2013, Benemérito de las Américas, entrevista]

En su lugar de origen (denominado ya “Viejo Francisco León) no era sorprendente que las mujeres enfermaran durante su parto (que presentaran hemorragia, que la placenta se “subiera”) y que muriera la mujer; al igual que algunos bebés antes o después de nacer (hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto): “*antes se morían, se enfermaban las mujeres*”, y que siempre buscó apoyarlas de la mejor manera –tanto en su parto como en otras afecciones- reconociendo lo que no estaba en sus manos hacer y estando siempre dispuesta a aprender.

Antes de que hiciera erupción el volcán Chichón [...] estábamos bien, yo de por sí ya atendía a las enfermas [embarzadas], me buscaban de aquí y de allá. [...] Me buscaban de lejos hasta cruzar ríos de noche.

[...] cuando empecé a componer a una mujer, primero en Chichonal mi concuña empezó a sufrir [...] ya era mujer grande ya tenía varios hijos, se le bajó la matriz, la matriz [prolapso de útero] yo no sabía cómo subir la matriz caída, cuando así mi concuña le pasó, por gusto mi cuñada dijo:

-¿qué me está pasando, me estoy enfermando?

Pero bajó mucho sangrado como si se estuviera aliviando y eso es que su matriz bajo y esa matriz ¿qué le voy hacer?, ¿cómo le voy a subir?, ¡Dios mío!, así como está lo subí en la cama, se le tendió un plástico, trapos; le dije a mi cuñado:

-vete a buscar un doctor, porque hay doctores en el pueblo; búscalo para ver cómo le va hacer, yo no lo puedo atender.

Cuando fue a traer al doctor, ha llegado el doctor dijo:

-ahora cuece cempazuchitl [sic], cuécelo eso y lo vas a bañar calentito, calentito. Vas hacer polvo, romero, alhucema frito en aceite de almendra. Así lo freí, entonces cuando ya lo bañé se lo puse en cataplasma y él no lo metió, *él me llevo a enseñar cómo se hace...*

-así lo vas agarrar, así lo vas agarrar pero así duro lo vas a meter y nosotros lo vamos agarrar.

A la mujer lo agarraron de su pie, lo levantaron y yo lo empuje metiéndolo, pero cuando entró inmediatamente lo amarramos. En ese entonces empecé a ver hasta Francisco León, así lo miré a la mujer, así pasó, así lo compuse; así sí es una enfermedad verdadero, nos da miedo, *solo el doctor me dejo ver, por eso yo lo puedo mirar, yo sola no hubiera podido hacer nada* [...] [Mary, 22 de enero de 2013, Benemérito de las Américas, entrevista]

Después de la erupción del volcán trasladaron a la población al albergue, durante su estancia en el albergue en Tuxtla Gutiérrez tuvo contacto con médicos de formación académica que la invitaron a visitar el hospital donde ella pudo “mirar” algunas mujeres parir¹²⁴ *“en Tuxtla me dejaron ver paciente que no son sólo una enferma, allá empecé agarrar fuerza, entonces al llegar a Francisco León [nuevo poblado en Ocosingo] me buscaron entonces porque yo tengo más estudio.”*

[...] allá empecé a verlo, allá fui a agarrar mi fuerza...más antes los atendía hincadas en el suelo [...] allá los doctores me dijeron: así lo vas atender a las enfermas (embarazadas), los vas a levantar aquí, en su cama inclinada, así lo vas a acomodar a la enferma...para que solo sea un poco inclinado, por abajo...y así se empieza a abrir, *así llegue aprender en Tuxtla.* [Mary, 24 de enero de 2013, Benemérito de las Américas, entrevista]

La erupción del volcán Chichonal marcó un hito histórico no sólo en la trayectoria de vida de Mary sino para el grupo zoque como tal, momento significativo de vida que marca huella en su andar, va afirmando su labor cada vez que ayuda a una mujer, la reafirma en cada experiencia formativa.

Su familia formó parte de la población a quienes se les otorgó terreno para poblar y trabajar en la zona de Marqués de Comillas, una experiencia que los llevó a un territorio inhóspito y a experimentar enfermedades producto de la migración; además, los llevó a conocer y convivir con familias de distintos lugares del estado y del país e incluso a establecer relaciones con población guatemalteca que se encontraba en esos momentos refugiada en nuestro país, quienes los orientaron y apoyaron para conocer el territorio y cómo prevenir y curar algunas enfermedades valiéndose de recursos naturales de la zona.

Poco tiempo después se invitó al nuevo poblado a participar en el Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas (PSCMC) cuyo fin radicó en que las propias comunidades se organizaran a favor de su salud. Ello ante las carencias siempre presentes

¹²⁴ Reyes Gómez (2007) menciona que ante el evento a muchas mujeres se les adelantó el parto naciendo muchos niños muertos e incluso algunas de ellas murieron en el trayecto: “Los más ancianos, los enfermos y muchas mujeres con embarazo de término se quedaron. Otras más lograron llegar a Chapultenango, donde se registraron 50 partos; todos los productos nacieron muertos. Otro tanto sucedió con los enfermos graves, los ciegos, los ancianos, las personas con discapacidades mentales, que fueron abandonadas a su suerte o se negaron a salir (Reyes Gómez, 2007: 31-32). Además de la ya predominante problemática de salud que presentaba la población: desnutrición, afecciones del aparato respiratorio y gastrointestinal y, en mujeres, las afecciones durante el periodo perinatal.

de servicios de salud en zonas alejadas y pobres del país. Participación que les exigió nombrar en asamblea a dos promotores de salud quienes estuvieran dispuestos a formarse y colaborar con sus pueblos, así se hizo, se eligieron dos promotores y, uno de ellos, fue el hijo mayor de Mary. Los jóvenes elegidos oscilaban entre los 14 y 16 años de edad.

La carencia de servicios públicos, entre ellos de salud, la gran demanda de atención médica en la zona y los pocos recursos humanos y de infraestructura disponibles llevó a que se organizará este programa, surgido de las necesidades propias de la población y por el ímpetu y dedicación de dos médicos egresados de la UAM-X, quienes estaban realizando su servicio social, además de la decisión de jóvenes que optaron por trabajar en favor de su gente.

La decisión de formar personal de salud comunitaria se fundamentó en que de esa manera se podría dar una respuesta efectiva a problemas locales de salud, además, sería aprovechar la capacidad de organización de la población y las habilidades de los jóvenes.

[...] en la medida en que estábamos trabajando con promotores, estábamos tocando un punto o un tema totalmente fuera del concepto de atención de la Secretaría de Salud [para la cual] no cabía la figura de una persona que diera medicamentos que no fuera médico, así fuera un paracetamol o un antibiótico y, el concepto no está mal, es decir, si un sistema de salud funciona realmente y tiene capacidad [resolutiva] pero, aquí no es así, si no lo resuelves y no dejas o no le das formas o instrumentos a la población, pues, se muere [...], entonces tuvimos que meternos al tema desde la propia institución [en el INI] de por qué son importantes los procesos de interacción, de formación y de capacitación y de que las habilidades están y que se pueden acotar, no se trata de formar a una figura de un promotor como un médico, en comunidades, pero sí reconocer que tiene capacidades que tiene habilidades y que las puede echar andar en su contexto [Joel Heredia, mayo de 2010, Salud y Desarrollo Comunitario, entrevista, correlato]

El PSCMC tuvo como base la *formación de personal comunitario*, la *participación comunitaria* y la *visión social del proceso salud-enfermedad-atención*, en tres etapas: formación, consolidación y proyección (Heredia, 2007; López Enríquez, 2011); lo que llevó a configurar, años después, toda una red de salud efectiva que permitió que padecimientos como el paludismo se redujeran.

A nivel regional, la integración de promotores y promotoras de salud en un Programa de salud [en el PSCMC] permitió el diseño de acciones regionales como la Campaña Comunitaria contra el Paludismo, impulsada de 1986 a 1990, en la que, dada la alta incidencia de esta patología y la incapacidad del Programa para la Erradicación del

Paludismo de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) para dar cobertura a toda la zona, se impulsó la capacitación de las comunidades en tres acciones básicas: 1) la toma colectiva de medicamento antipalúdico [profilaxis]; 2) promoción de limpieza de solares, charcos y pozos, descacharramiento de baldíos y uso de pabellones como medida preventivas [...] 3) detección, tratamiento y seguimiento de enfermos, [...] y 4) rociado intradomiciliario, en coordinación con los rociadores de la SSA, acción que por primera vez estaría en manos de las comunidades mediante el adiestramiento y suministro de insumos por parte de personal de esa secretaría. Esta campaña, en la que se logró una amplia participación comunitaria, tuvo un impacto epidemiológico importante, permitiendo desplazar al paludismo del tercero al séptimo lugar entre las principales causas de morbilidad. (López Silva, 1999: 44).¹²⁵

Ante el potencial organizativo de las comunidades y las respuestas generadas en la resolución de problemas de salud, la atención a los procesos maternos no se hizo esperar más, si bien, fue uno de los problemas reales que demandaba la población desde inicio del programa, fue hasta 1989 que el grupo que coordinaba el PSCMC pudo dar respuesta a esa petición. Por lo cual se planteó la configuración de una estructura organizativa que permitiera la capacitación a parteras comunitarias, es así como se crea el *Programa de Capacitación a Parteras Comunitarias*, el cual convocó a parteras activas o, en su defecto, invitó a que las comunidades nombraran a una o más parteras con el único requisito de estar deseosas de trabajar en la atención del embarazo, parto y puerperio (López Silva, 1999).

“cuando me capacité con los doctores del INI entendí más”. En 1989 se creó el subprograma de parteras rurales dentro del PSCMC, que en principio solicitó a parteras elegidas en asamblea por sus comunidades y que, en su segundo momento, sólo aceptó a aquellas parteras y parteros reconocidos por su experiencia, por lo cual, ya no se formarían a nuevas parteras sino que se ampliarían y compartirían habilidades y conocimientos con parteras ya formadas desde el contexto comunitario.

En el inicio, para el arranque del programa se realizó una evaluación diagnóstica que permitió visualizar el panorama a enfrentar y las acciones a seguir¹²⁶. Mary aceptó participar en las capacitaciones, experiencias que cobraron importancia para ella, ya que, según su sentir, “agarró más fuerza” con las capacitaciones del INI. Situaciones de formación que le permitieron dialogar no sólo con médicos universitarios sino con otras parteras de la región.

¹²⁵ Véase el origen, desarrollo, y organización del PSCM en los trabajos realizados por Concepción López Silva (1999), Joel Heredia (2007) y Elizabeth López Enríquez (2011).

¹²⁶ Se aplicó una encuesta inicial a parteras ver Anexo 10.

[...] cuando más me capacite con los doctores del INI entendí más, los que están sentados van a nacer sentados, me daban miedo los que venían parados van a nacer parados...me tocó ver cinco casos parados, dos de ellos se llegaron a morir...dos no avanzaron se llegaron a morir sólo tres llegaron a quedar, nacieron de pies...y cuando me capacité en esto agarre en ese entonces mi fuerza, ahora ya volteo; aunque estén parados, sentados o atravesados le tengo que dar vuelta poco a poco hasta que quede bien; gracias a Dios queda bien la criatura de dónde nacen, se le tiene que estar volteando hasta que quede bien...si no da vuelta como lo estás haciendo no hay que obligarlo hay que dejarlo y empezar de otra manera [...] no hay que tocar duro...tantito, tantito no más se toca y si lo tocamos duro sólo vamos a afectar la criatura; gracias a Dios, hasta ahí lo hago y va bien mi trabajo [...]
[Mary, 22 de enero de 2013, Benemérito de las Américas, entrevista]

La mayoría de las parteras asistentes al programa no sabían leer ni escribir, eran personas con experiencia en partería y estaban realizando trabajo en las comunidades, para lo cual los coordinadores del programa buscaron mecanismos metodológicos que permitieran a las parteras acceder a la información médica:

[...] con las parteras fue pensarle, si no sabía leer y escribir pues vamos pensando en dibujos, en materiales [...] cómo pueden consultar un tema cuando tengan dudas, pues, a lo mejor un acompañante que aprenda para que cuando la partera tenga dudas él le lea la hoja o el tema correspondiente [...], les damos una grabadora, les dimos grabadora y audiocassettes [...] y también se incluyeron algunos temas sobre alfabetización (Joel Heredia, mayo de 2010, Salud y Desarrollo entrevista, retomado en López Enríquez, 2011: 126).

Se utilizaron técnicas participativas como: enseñar haciendo utilizando simuladores (modelo de pelvis), reflexiones entorno problemáticas puntuales en salud materna de la zona, dinámicas de grupo e intercambio de experiencias entre mismas parteras a través del relato. Comenta Mary su experiencia:

[...] a veces dilata [el curso] como cuatro o tres días o cinco, pero llegamos muchas, muchas mujeres antes y yo me gustaba esa plática, antes no sabía castilla más fuerte, ahí me enseñó poco a poco me aprende y las demás parteras platican cómo atiende el paciente, así lo agarra poco a poco [...] si me gustó porque [ellos] me enseñaron muy bien, ahí lo saben de todo, lo saben porque llegó mucha partera y lo platicamos [...] (Mary, 17 de julio de 2013, Benemérito de las Américas, entrevista)

Los primeros aspectos que se abordaron en las capacitaciones fueron: la situación de la zona, mortalidad materna, mitos y creencias alrededor del parto, la anatomía y fisiología básicas de la mujer y el hombre, conceptos tradicionales y médicos de la atención al parto, problemas sencillos del embarazo, atención de parto, atención del recién nacido, lactancia

materna y puerperio (López Silva, 1999: 52), posteriormente, se estructuró un plan modular de tres módulos (Anexo 11) y se contempló un plan de seguimiento y acompañamiento con el apoyo de promotores, promotoras y comités de salud.

El intercambio entre personal de salud (parteras, parteros y médicos universitarios) favoreció la estructura temática de las capacitaciones y permitió que se fueran incorporando prácticas no invasivas que usaban las parteras, tales como: el uso de plantas ‘calientes’ para sobar a la mujer embarazada o después del parto, el cálculo del tiempo de embarazo mediante la medición de la altura uterina con los dedos de la mano, la práctica del ‘acomodo’ del bebé mediante la ‘mateada’, sobada o tallada, algunas técnicas no invasivas para ayudar a la mujer a expulsar la placenta cuando hay retención, el uso de plantas para manejar la amenaza de parto, el cuidado de la mujer desde una perspectiva más cálida (López Silva, 1999). También la herbolaria fue tomando poco a poco un lugar importante, siendo las parteras quienes encabezaron los trabajos.

Se dispuso de un tiempo para abordar algunas prácticas innecesarias y dañinas en la atención del parto: el uso de medicamentos peligrosos (oxitócicos y anestésicos), prácticas agresivas como el tacto, las exploraciones manuales e innecesarias como el rasurado de la mujer, las cuales estaban siendo usadas por algunas parteras (*Ibid.*)

Esta dinámica de trabajo, organización y participación favoreció a las parteras ya que, pudieron establecer asambleas y encuentros en los cuales plasmaron sus preocupaciones en cuanto cómo generar mecanismos de apoyo económico para ellas y sus familias. Así mismo, crearon una representación colectiva capaz de incidir en la organización del PSMC y en la problemática de salud materna e infantil en sus comunidades. El batallar fue constante ante el frecuentemente demérito de su trabajo por parte de las instituciones de salud cuando referían a sus pacientes en el hospital recién construido en el poblado Benemérito de las Américas.¹²⁷

En 1995 se realizó una evaluación del programa de capacitación con los objetivos de valorar el impacto de los cursos, evaluar la motivación de las parteras, valorar su funcionamiento como grupo organizado, valorar su relación con las comunidades y conocer

¹²⁷ Por el compromiso y exigencia de los integrantes del PSCM a las instancias de gobierno se logró que se construyera en 1991 un hospital de segundo nivel para beneficio de las comunidades de la región, este hospital conocido como “Benemérito de las Américas” (Heredia, 2007), institución de salud donde las parteras refieren a las mujeres que presentan riesgo en su embarazo o parto.

el impacto de su trabajo en la morbilidad, mortalidad materna e infantil. Para lo cual el grupo coordinador, en apoyo con promotores y promotoras de salud, realizaron una encuesta a cada partera durante las visitas que hacían a sus comunidades, dieron seguimiento médico a cada una de ellas y sistematizaron la atención brindada a través de *tarjetas de parto*, las cuales se adaptaron al contexto y perfil de las parteras.¹²⁸

algunos de los logros de índole técnico que resultaron de la capacitación son el mejoramiento en la atención del embarazo y parto, específicamente en el control prenatal, el manejo de complicaciones del embarazo y parto, el corte del cordón umbilical (principal causa de tétanos neonatal debido a la escasa asepsia al momento del corte y en el manejo posterior), la utilización adecuada de instrumentos de importancia para la atención de la madre y el niño (como pinard, termómetro y báscula), entre otros.

En los aspectos de motivación y organización destaca la importancia de la autoestima y el cambio de autopercepción de las parteras y, por último, en el aspecto epidemiológico, la disminución de la mortalidad materna e infantil. (López Silva, 1999: 56-57)

Mary expresa en su relato y en las acciones actuales que realiza, el valor que otorga a esas experiencias de formación vividas con el equipo del PSCMC, pues, gracias a ello compartió su práctica con otras parteras, aprendió más el español, “agarró más fuerza” para responder a complicaciones de la mujer durante el parto pero, también, confirmó el nivel de injerencia que posee ya que identifica los riesgos obstétricos que sólo pueden ser atendidos en el hospital.

El PSCMC sufre una reestructuración después de 1994, después del 1 de enero, después de la declaración de guerra del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) al ejército federal de nuestro país. Todo el camino andado, toda la red de salud responsable de las comunidades se vinieron a bajo, el programa fue desarticulado entre los años de 1994 y 1995 por el gobierno federal, pasando la dirección y financiamiento a la Secretaría de Salud, lo que produjo un cambio total en los propósitos del programa, ante este cambio la población creyó que mejorarían los servicios pero, con el tiempo se percataron de lo contrario y su nivel de participación, responsabilidad e injerencia en la red de salud construida se desvaneció. Las Casas de Salud y farmacias que el personal comunitario sostenía pasaron a ser coordinadas por la SS o por el IMSS-Oportunidades y

¹²⁸ Estas tarjetas se consideraron como un instrumento valioso que permitió el intercambio de experiencias durante las capacitaciones, la exposición y análisis de partos más recientes y sobre todo de los partos que presentaron alguna complicación (López Silva, 1999); ver Anexo 12.

dejaron de ser cuidadas y sustentadas por la población, la participación comunitaria se nulifico (Heredia, 2007).

Sin embargo, la experiencia de trabajo en el PSCMC dio la pauta para seguir potencializando la participación comunitaria y la formación de personal de manera independiente, por lo cual los trabajos fueron dándose como se podía, las reuniones cada seis meses con las parteras, sus capacitaciones y el seguimiento se fueron gestionando hasta el 2004, año en que la dirección del programa se desarticuló por completo.

Después de trasladar lo ya construido a manos de la Secretaría de Salud, los médicos, algunos promotores y promotoras de salud decidieron conformar un grupo independiente e intentaron continuar los trabajos en la región, con las parteras también hubo reorganización, se buscaron mecanismos de apoyo económico que les permitiera, de cierta manera, continuar su labor.

Se creó el colectivo de microcréditos en el cual Mary es miembro activo. La reorganización de los trabajos del PCMC y del Programa de Capacitación de Parteras Comunitarias dio un giro a raíz de las decisiones institucionales. Para aquellas personas que se comprometieron con sus pueblos en la mejora de salud, decidieron continuar los trabajos, en el caso de las parteras la Casa de la Mujer¹²⁹ buscaron recursos económicos que permitieran que las parteras pudieran tener un mecanismo de apoyo para continuar su compromiso comunitario. Mary busco la manera de obtener algún ingreso con la venta de refacciones para molino y aumentó su reserva de medicamentos herbolarios para con ello, continuar con su labor¹³⁰.

Se conforma el colectivo de microcréditos en 1998 cuando se decide apoyar [a las] parteras que están conectadas con la familia [...]. Un fondo de dinero para cría de pollo, algunos abarrotes, complementar su tienda, así se inicio cada quien como pudiera manejarse. Con doña Mary se generó un negocio de refacción de molinos y parte de su botiquín de plantas que le servía como revolvente [sic], logró recuperar el capital [...] la idea central fue que la familia pudiera manejarse con un poco de recurso que le permitiera un ingreso [...], la idea es de hay responsabilidades, [...] crear responsabilidades de mantener los fondos que sirvan para algún tipo de trabajo que le permitan desarrollar a la partera y a su familia y que se

¹²⁹ Colectivo de mujeres que tomó a su cargo el proyecto con parteras dentro de la asociación civil Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC), organismo que se formó con integrantes de lo que fue el PSCMC.

¹³⁰ Datos otorgados por Ramiro, Educador de Salud que fue parte del PSCMC y conocedor de la experiencia de vida de Mary en marco del programa. Palabra que se manifiesta como correlato que complementa la trayectoria de vida de la partera.

pueda tener unidad también [...] [Ramiro, Educador de Salud, 18 de julio de 2013, Benemérito de las Américas, entrevista]

Una participación social activa que le ha permitido a Mary mantener el vínculo precisamente con personas que formaron parte de aquellas capacitaciones que le fueron significativas pero, más que eso, ella ha buscado mecanismos para obtener algún ingreso –aunque mínimo- del trabajo que hace, ella ha reiterado que acepta lo que le dan si hay pero, siempre ha mantenido el propósito de ayudar a su compañera mujer.

[...] antes, antes mi compañera lo regala, tiene gallina me regaló y algunas que lo dan maíz, lo da frijol, así nomás porque no tiene dinero, lo que es pobre entonces puro cosecha y, bueno, ya no me hace caso, es mismo, mismo dinero (...) es la misma también, es dinero lo que regalo, es pollo, gallina es la misma también; así me ayuda mi compañera y algunas que lo da unos cien pesos, cincuenta pesos, así nomás, bueno yo como tengo mi medicina, pues, pura hierba y yo lo llevaron mi medicina eso me cobra, a parte sale cincuenta pesos, cuarenta pesos o treinta pesos [...] [Mary, 24 de enero de 2013, Benemérito de las Américas, entrevista]

En 2004 el colectivo de parteras sufre otra reestructuración, pues, con la desintegración de la dirección del PSCMC, se decidió trabajar con las parteras que quedaron y aceptaron el nuevo desafío. En ese sentido el colectivo de microcrédito tiene hasta ahora ya 10 años de trayectoria.

En el trajín de la reorganización de las parteras Mary es solicitada por el IMSS-Oportunidades de su localidad para participar en pláticas y talleres dirigidos a parteras en zonas rurales. Para el caso ella reconoce que no son iguales a las capacitaciones que recibió por “los médicos del INI”, sin embargo, sí acude como estrategia de permanencia y le permitan seguir “viendo” el cuidado de mujeres, hombres y niños sin mayor problema.

[...] me buscó un doctor aquí lo que trabajan...No hacemos luego luego, no más platicamos ahí, pa' que la mujer cuando van a parir lo atiende, cuando tuvo la bebé, tiene que lo recibe medicamento para evitar infección... ahí el doctor así me dijo... [Mary, 22 de enero de 2013, Benemérito de las Américas, entrevista]

La consigna actual de los servicios de salud del IMSS-Oportunidades, para el caso del poblado donde radica Mary, es que todos los partos se vayan al hospital, que ninguno sea atendido en la comunidad y que las parteras refieran a las mujeres al hospital de Benemérito de las Américas.

“cuando llega la hora tiene que mandar hasta Benemérito. Nadie que sana allí en la clínica” relata Mary que eso le informa en las pláticas y talleres que otorga el IMSS-Oportunidades de su localidad, además le indican que debe referir a las mujeres a la clínica para que realicen planificación familiar y se le pide a las parteras que no inquieten a las señoras con las sobadas porque puede lastimar al bebé.

[...] ahora este año me dijo aunque si viene sentado, aunque si viene parado, aunque se viene atravesado ya no van a inquietar, ya no van hacer movimiento porque lo van a lastimar la señora, lo van a lastimar la bebé así lo platica este año, es otro, es otro, es otro rollo... puro planificación...[...] en la Clínica, plática cada mes y lo que tiene trabajo así, así lo hacen aquí...a mi paciente tiene que obligar pa' que se recibe inyección, planificación, que tome pastilla y el dispositivo y tiene otra, ¡ah! implante, así, así puro eso la plática, sólo de eso...ya tiene como dos años ya, tiene como dos años que empezó puro plática, puro plática, así no más... [Mary, 24 de enero de 2013, Benemérito de las Américas, entrevista]

Para estas capacitaciones Mary viaja en ocasiones hasta Benemérito de las Américas o a Comitán, ella solventa el pasaje y, posteriormente, a los seis meses de estar asistiendo continuamente, el IMSS le reingresa el gasto hecho proporcionándole una beca monetaria.

Durante 2013 las más de 7 mil parteras voluntarias rurales atendieron 9 327 partos de bajo riesgo (8.1 por ciento del total atendido por el Programa) otorgaron 257 mil consejerías de planificación familiar y derivaron a 4 mil 146 mujeres a la unidad médica para adoptar un método anticonceptivo definitivo.

La disminución de 10 por ciento [de 10 406 a 9 327] que se observa de los partos atendidos por parteras en el 2013 con relación al 2012, se debe a la prioridad que se ha dado al parto institucional como estrategia para disminuir riesgos en la atención materno-infantil. (IMSS, 2013: 181-182)

Con lo anterior la visión institucional de la década de los cincuenta del siglo XX hacia las parteras aún se hace manifiesta: “sustituir” a la medicina tradicional por la medicina moderna y, con ella, a sus terapeutas. Así como la visión de considerarlas como un recurso humano en salud que puede contribuir a los cambios culturales en torno el control de la natalidad, cuando las mismas familias están modificando su fecundidad ante sus condiciones de vida material, pero ellas son quienes deben tomar la decisión de manera informada. Una larga trayectoria en los intentos de “integrar” a la población indígena al proyecto del México imaginario; integración muchas veces cobijada de tolerancia y amigabilidad cultural, y que pueblos y comunidades indígenas re-significan en marco de

estrategias de resistencia o inclusión tomando como base su matriz cultural; una creatividad que les ha permitido continuidad y movimiento para *seguir siendo pueblo*.

La mirada del colonizador está arropada de ignorancia.

La mirada del colonizador ignora la ancestral mirada profunda del indio para ver y entender esta tierra, como ignora su experiencia y su memoria. (Bonfil Batalla, 1989:30)

El relato de vida de Agustina y Mary nos aproximan a maneras singulares de cómo se forma una partera, de que *hay de parteras a parteras*, que si bien coinciden en cierta terapéutica y en elementos culturales que figuran en los horcones comunitarios, sostén del existir del pueblo indígena y campesino, cada una presenta su propia singularidad, su propio andar en el ejercicio de la partería siempre formándose y formando a otros, en todo momento y espacio compartido. Comparten indicios de una educación propia en la cual la educación del pueblo indígena y la educación popular perfilan como hilos-guía que dan forma y figura al presente tejido permitiendo la presentación y el movimiento de la TRAMA.

Capítulo 4. TRAMA. Procesos de formación y maneras de compartir

Xálatl miraba todo con asombro. No era la primera vez que veía un parto, pues, había estado presente en el nacimiento de su hermano; pero ahora le parecía todo grandioso. Mátatl recibió el cuerpo diminuto, amoratado, mojado y cubierto por una grasa blancuzca, unido todavía al vientre materno por el cordón del ombligo. El rostro de Mátatl adquirió de pronto un gesto duro, terrible, y lanzó al aire el ronco grito de guerra: la parturienta, la mujer valiente, había capturado un guerrero.

Tras el grito de guerra la ternura volvió al rostro de Mátatl. Tomo el cuerpecito del niño, le extrajo las mucosidades de la boca, y le dijo con cariño: ‘Seas bienvenido, hijo mío, muy amado.’

Mátatl invocó a los dioses de la noche que había asistido al parto. Después llamó a Xálatl a su lado; le mostró cómo dejaba de palpar el cordón umbilical, y cuando los latidos hubieron cesado le enseñó a hacer la liga y a cortar el cordón con una navaja de obsidiana nueva sobre la mazorca de maíz.

López Austin (1999)

Hacerse partera comunitaria hoy vincula el compromiso comunitario, la participación social activa, la construcción de estrategias para recrear la profesión mediante procesos pedagógicos que, se nutren tanto de experiencias formativas como de situaciones sistemáticas y dirigidas en contexto indígena y campesino. Procesos de formación y maneras de compartir que situados en espacio y tiempo histórico permiten visualizar el panorama actual en que la partería indígena tradicional se desarrolla, entre intervenciones institucionales, creaciones alternativas de formación y la educación propia, es decir, entre instrucción, capacitación, educación popular y educación indígena, una complejidad que se anuda en la trayectoria de vida de ambas parteras y que son objetivadas a través de su relato. Agustina y Mary desarrollan su labor en esta complejidad.

Formación de parteras comunitarias: educación propia y participación social activa

La acción social de ambas parteras les permite reactualizar y recrear los conocimientos heredados –no sólo a través de la oralidad sino conjuntamente con *el hacer*, con *el ejemplo* y *la vivencia* y, principalmente con la *observación atenta, paciente y reflexionada* como principio y método pedagógico- y los adquiridos, recreándolos y reinterpretándolos en su caminar como parteras, con la convicción de “tocar el futuro desde el lado de acá”: “*que a las mujeres se les respete su forma de parir*”, sintetiza Agustina;

“*primero me curo yo para saber más*”, considera Mary, un hacerse partera hoy, cuyos desafíos alimentan el ímpetu de seguir formándose y buscar alternativas terapéuticas que conduzcan a vivir procesos maternos seguros.

La partería como profesión, como labor, como trabajo comunitario y don otorgado pueden diferenciarse tomando en cuenta cómo fue configurada la persona que la ejerce, doña Agustina hace una diferenciación y argumenta que hay de “*parteras a parteras*”, aquellas que han *nacido parteras*: que son designadas para tal trabajo –designio vinculado al cosmos, al orden de lo sagrado, que fue colocado en la persona ya sea a través de algún evento vivido o por eventos oníricos o circunstancias que marcan destino como *momento huella* y establecen el trabajo futuro de la persona-¹³¹. Su función social obedece a reproducir y recrear el tejido comunitario y, con ello, a la cultura de origen. *Parteras nacidas* que han sido encaminadas por sus madres, abuelas o algún familiar, cuyas enseñanzas son compartidas como herencia cultural, “*tengo la sabiduría de mis abuelas*” y cuya práctica y enseñanza es orientada desde edades tempranas.¹³²

Quienes ejercen la partería por *necesidad* se hicieron parteras por la ausencia de servicios de salud en sus lugares de origen. ‘*No hay quien recogiera el bebé*’, momento que comparte Mary quien inició su formación a la edad de veinticinco años y que, a diferencia de Agustina –involucrada de manera formal desde los ocho años- ha sido capacitada formalmente por personal médico institucional.

¹³¹ Antonella Faggetti (2008) en el proceso de sistematización de experiencias de vida que llevó a cabo con parteras de los pueblos nahua, totonaco y mixteco en el estado de Puebla, menciona que la mayoría de ellas llegó a ser partera por un *don otorgado* a través de los sueños o por haber atendido circunstancialmente un parto: el suyo. Una de las parteras que ella entrevista menciona que el pequeño o pequeña posee un ‘espíritu’ desde que inicia su formación dentro del vientre materno; un espíritu que le designa el ‘trabajo que va a tener cuando sea grande’ (2008: 44). En algunas conversaciones que he tenido con doña Agustina ella refiere que ejercer prácticas de sanación (como médicos tradicionales) se debe a que se posee una *espiritualidad*, la cual permite el ejercicio de dicha práctica en vínculo con los y las abuelas que los guían – con los ancestros-. Me pregunto ¿tal espiritualidad correspondería al *tonalli?*, considerado éste como *fuerza y energía vital* (una de las entidades anímicas presentes en el hombre y designada por el día de nacimiento o dedicación al agua) con el cual se vincula al ser humano con el cosmos “*fuerzas irradiadas por los dioses*” López-Austin (2012: 221-252). Bartolomé (2004: 56) menciona que tal designio proporciona la “*la esencia vital de las nuevas vidas*”.

¹³² Benjamín Maldonado (2004: 59) menciona que hombres sabios del pueblo mixe (Ayuuk ja’ay: gente de la palabra sagrada) *adquieren su poder de distintas maneras: por nacimiento, por herencia, por aprendizaje o por revelación en sueños*. Estos hombres conocidos actualmente como ‘abogados’ o *xëmabyë* (el que lleva la cuenta de los días) son consultados para “*conocer la tona del recién nacido, para saber los días que son buenos para casarse, para bautizar hijos, propiciar a la naturaleza y realizar sacrificios y a veces curaciones.*”

Partera nacidas, partera por necesidad que si bien, han sido parte de procesos de formación dirigidos y sistemáticos, han buscado *entender más* –pasar por su cuerpo otras maneras de apoyar a las mujeres y a su proceso de parto- a través de una autoenseñanza práctico-metodológica, es decir, siendo autodidactas y dirigiendo de manera sistemática lo que desean aprender así sea una terapia o el uso de plantas medicinales. Ambas consideran importante hacer experiencia la enseñanza. Además están atentas a las sugerencias, recomendaciones y aportes de otras parteras tradicionales y de médicos académicos que les brindan confianza y manifiestan interés por las problemáticas de las mujeres.

A diferencia de estas parteras están quienes han sido capacitadas por instituciones de salud o educativas como formación inicial o complementaria, a quienes se les puede denominar como *parteras formadas, capacitadas o profesionales*. Formadas con base en la medicina institucional: atención al parto desde el enfoque de riesgo, control y monitorización del cuerpo de la mujer, medicalización del parto y posición supina durante la fase de expulsión en el proceso del parto. Mujeres que en ocasiones pretenden articular su preparación o sus servicios con referentes culturales de pueblos indígenas haciendo uso de algunas formas de parir: parto vertical y el uso de plantas medicinales o terapias alternativas.

Parteras todas ellas que se configuran en una práctica cultural especializada y configuran a otros desde sus referentes históricos sociales y personales.

Sin embargo, interesa centrar la mirada en las formas de enseñanza y de aprendizaje que fueron construyendo Agustina y Mary a lo largo de su trayectoria de vida y que, a través de momentos significativos de vida permitieron un acercamiento a dicha configuración como puertas-ventanas a su cultura propia.

**“Ya llegó tu hora”. “Así como me dice así lo hago”. Notas sobre educación propia:
*para seguir siendo pueblo***

Hombres y mujeres de conocimiento recrean ámbitos de una cultura propia, la cual expresan en su *estar en y con el mundo*, haciendo uso de una cultura autónoma y apropiándose de recursos de una cultura ajena para *seguir siendo pueblo*. Ellos y ellas han adquirido un manejo especializado de conocimientos y habilidades en torno procesos de sanación vinculado a conceptos propios de salud, enfermedad y muerte como resultado de

relaciones interétnicas que, históricamente, han llevado a cabo. Parteras comunitarias sintetizan estos procesos.

Para continuar es necesario aclarar uno de los términos conceptuales que permitió el diálogo con el dato empírico presentando un panorama legible del proceso a estudiar, este es: *educación propia*, término que emergió de la síntesis de una *categoría social* (medicina propia de los pueblos) y una *categoría teórica* (cultura propia), y que denota ser parte de esa cultura propia que permite permanencia y continuidad de los grupos étnicos: *para seguir siendo pueblo*. Bonfil Batalla (1989, 1991) propone el término cultura propia cuando elabora la teoría del control cultural.

La cultura propia corresponde a una parte del total de la cultura del grupo étnico en la cual, los miembros del grupo ejercen su capacidad de decisión sobre elementos culturales que entran en juego para la realización de sus actividades sociales en la vida cotidiana, la satisfacción de alguna necesidad, la resolución de algunos problemas o para el cumplimiento de sus aspiraciones (Bonfil, 1991)¹³³. Estos elementos culturales corresponden al ámbito tanto de una *cultura autónoma* (que brinda unidad al grupo y pertenecen a los elementos propios que produce o conserva como patrimonio existente permitiéndoles su primera organización social¹³⁴), como de una *cultura apropiada*, ésta como resultado de la reinterpretación de elementos culturales de la cultura ajena que favorecen la permanencia y continuidad del grupo y que pasan a ser elementos apropiados

¹³³ Estos elementos según Bonfil (1991) pueden clasificarse en: *materiales* (objetos en su estado natural o transformados por el hombre); *formas de organización*: que hace posible la participación del grupo; de *conocimiento*: como experiencias asimiladas y sistematizadas que se elabora, se acumula y se transmiten de generación a generación y que pueden incorporar nuevos conocimientos. *Simbólicos*: como códigos de comunicación, entre los cuales es fundamental el lenguaje y *elementos subjetivos* en los cuales entran las creencias, los valores y las representaciones colectivas del grupo.

¹³⁴ En el cual se pueden ubicar: el trabajo común, las fiestas, el vínculo con el territorio, las autoridades propias, el manejo de la agricultura milpera tradicional y algunas prácticas curativas medicinales (Bonfil, 1989). En el relato de ambas parteras pueden notarse prácticas comunes que han caminado con ellas desde hace mucho tiempo e incluso fueron aprendidas desde su niñez al momento de aprehender la cultura de su pueblo, en cuanto su práctica médica pueden situarse: las sobadas, talladas y manteadas para el acomodo del bebé; el uso de plantas medicinales; el parto vertical usando distintos mecanismos de sostén; la asistencia de la familia durante el parto, principalmente del esposo, el corte del cordón umbilical hasta que salga la placenta y algunas estrategias para lograr su expulsión (provocando el vómito de la mujer, calentándola ya sea con masajes o con lienzos calientes o dándole té que le ayuden al alumbramiento). Y con respecto a formas de enseñanza y aprendizaje propias de su cultura puede mencionarse: la observación atenta, el aprender haciendo, la sistematización y registro de prácticas efectivas, la escucha, la experimentación, el respeto, la solidaridad, la reciprocidad, el sacrificio y más valores que sustentan las relaciones sociales y culturales de su pueblo de origen.

cuando el grupo puede producirlos y recrearlos. Ambos ámbitos componen la cultura propia, una construcción conceptual que permite trasladar el término a lo que denominamos *educación propia*, ya que, en las experiencias de formación de ambas parteras se expresan tanto formas propias –de su patrimonio cultural preexistente- como elementos que han tomado de las formas de enseñanza de la cultura ajena, en su caso, vinculada a técnicas de educación popular.

En el relato de vida que presenta Agustina se puede visualizar la reinterpretación que ha hecho sobre la metodología de educación popular que aprendió en su caminar como miembro activo de las CEB's, en la cual, el estudio de las condiciones materiales de vida para desarrollar una consciencia crítica, le vino a tono con las enseñanzas de su abuela, ante la mirada crítica de ésta hacia su proceder y el proceder de la institución pública y de salud cuando su hija muere durante el proceso del parto a mitad del siglo XX; situaciones de vida que permiten que Agustina guíe su andar con elementos de una cultura propia.

“*Ya llegó tu hora*” le dice la abuela cuando percibe el evento de iniciación que Agustina experimenta al atender el parto de su prima, momento huella que le designa la labor pero también que le implica mayor injerencia, dedicación, responsabilidad y mayores desafíos que enfrentar, se tenía que preparar, la curiosidad alimentó su ánimo de continuar. La abuela la encamino con toda entereza y firmeza proporcionándole el horizonte ideológico con el cual sustentar su práctica: el bebé se ofrece a la madre naturaleza para que sea un servidor de su pueblo, escuchaba a la abuela hablar frente al manantial cuando bañaba al recién nacido; se realiza la limpia de la mujer para brindarle confianza y establecer el diálogo con lo sagrado pidiéndole a las *nanas* apoyo para el buen término del parto. Proporcionar un ambiente cálido a la mujer no sólo con medios físicos sino también con medios espirituales que hicieran sentir a la mujer tranquila y segura de su parto, además para que, de esa manera, se diera mayor posibilidad de experimentar de forma natural su proceso.

Todo ello acompaña el proceder de Agustina, ella hace una síntesis de lo que le resulta mejor cuando coordina cursos tomando elementos aprendidos de los talleres de reflexión teológica y social de las CEB's y elementos de las enseñanzas brindadas de sus abuelas, de su pueblo, de su cultura: vincula la mirada crítica, la premisa de transformación de situaciones de negación de la vida y el compromiso social, escucha con atención,

pregunta, indaga, busca hacer frente a los desafíos de la vida preparándose, brindando consejo, explicando a través de analogías para que quede claro, enseñando con el ejemplo, apelando que en las enseñanzas a jóvenes parteras, parteros y promotores (as) de salud es necesario que exista la práctica –“para perder el miedo”- y “agarrar” seguridad, “que sus manos le digan”, ¡eso sí! siempre en compañía y supervisión de una partera experimentada, porque el reconocimiento y la crítica también es interna, hacia las parteras conocidas y sus procedimientos, más aún, si éstos no permiten la seguridad de la mujer. Manera de proceder que vincula elementos de su matriz cultural con elementos apropiados de la cultura dominante –aún desde una perspectiva crítica: la educación popular-

Por otro lado, pero en el mismo tenor, las experiencias formativas de Mary y sus procesos de formación vividos hacen que ella sintetice en su proceder actual elementos de una educación propia. “*Así como me dice así lo hago*”, el aprender observado de manera atenta, enseñarse la labor a través de la práctica –aprender haciendo-, experimentando la terapéutica en su propio cuerpo o ayudando a restablecer la salud de mujeres y hombres de su familia y con ello, trasladar, según el diagnóstico, la terapéutica a emplear; experiencias que la guían para ayudar a otros miembros de su comunidad, con sentido de colaboración, de percibir que su práctica médica es un trabajo para ayudar a sus compañeras mujeres, un trabajo comunitario, lo cual responde al sentido de reciprocidad, se da para recibir en misma proporción. Además, considera importante las reuniones vividas con otras parteras durante sus capacitaciones, pues, a través de la palabra, del relato, es que compartió y escucho maneras precisas de ayudar a la mujer si presentaba alguna complicación durante el parto y nacimiento del bebé. Más que integrar metodologías o herramientas de enseñanza a su práctica educativa ella ha apropiado elementos (tecnología en este caso) de una cultura ajena (de la medicina moderna) para hacer frente a una de las complicaciones más presentes en las mujeres durante su parto: la hemorragia postparto. Mary, además de emplear una terapéutica natural y tradicional –que responde a elementos de su cultura autónoma-, también a reinterpretado la posición horizontal (supina) del parto porque, si bien, ella respeta la posición que adquiera la mujer sí recomienda que se “acueste” cuando ya va a nacer el bebé; un elemento cultural de una cultura ajena –e impuesta- que ella reinterpretó a razón de un evento de una muerte neonatal que no pudo evitar –tras un parto vertical al neonato se le desprende el cordón umbilical y muere desangrado, “*no pude hacer nada, el*

bebé murió por más que le apreté su ombligo” menciona-, razón que la lleva a recomendar el parto en posición supina-. Además, también hace uso de un recurso tecnológico de la cultura ajena: hace uso de una ampolla de ergotrate para detener la hemorragia postparto de la mujer, un elemento que no integra como tal, pues, no puede ella producirlo sin embargo hace uso de él para responder a una emergencia obstétrica

Hoy Mary ya no mira el nacimiento del bebé ni apoya a las mujeres en sus partos como tal pero, las acompaña durante su embarazo, el posparto y brinda cuidados al bebé, también se hace cargo de ciertas afecciones gastrointestinales, respiratorias y del sistema musculoesquelético de mujeres y hombres en su comunidad, de parajes aledaños y del “viejo Chichonal”

La relación que ambas mantienen con respecto a las decisiones sobre elementos culturales autónomos y apropiados permite el campo de la cultura propia y, con ello, más puntualmente lo concerniente a formas, medios y propósitos formativos se puede mencionar al campo de una educación propia. Síntesis de esos elementos culturales que ambas parteras deciden hacer uso al realizar su práctica médica cotidiana. Y que se vincula también a las estrategias que ambas han construido en su andar, ya sea como ejemplo de resistencia, de apropiación o de innovación cultural.

Como ejemplo de estrategias de resistencia para conservar espacios de autonomía en las comunidades, y que ellas expresan en su decir, con respecto al parto y los cuidados de la mujer y el niño: *“que a la mujer le respeten su forma de parir”*, la mujer decide quién acompañara su parto y la posición que adoptará, el trato de la placenta, el destino del ombligo del bebé, los baños en temazcal y el acomodo del bebé.

Una resistencia de muchas mujeres indígenas a parir a sus hijos en espacios fríos como se considera a la sala de expulsión del hospital y la insistencia de parir acompañadas y apoyadas por una partera tradicional. Resistencia a acostarse cuando sienten que el bebé va a nacer, pues, de esa manera “no agarran fuerza para pujar”. En otros ámbitos la conservación del uso de semillas criollas para reproducir la producción tradicional, la participación en ceremoniales en espacios simbólicos que actualizan el pasado y dan posibilidad al futuro, la realización de ofrendas a la madre tierra, la certeza de que la labor se vincula a la designación del don pero también a la realización de un trabajo comunitario para el bien común.

El proceso de resistencia se orienta a la conservación de los espacios de cultura propia que el grupo ha logrado mantener pese a la presión de la dominación colonial. Tales espacios son aquellos ámbitos de la vida en los que, por decisión propia, se ponen en juego elementos que forman parte del patrimonio cultural del grupo para cumplir cualquier propósito definido por el mismo grupo. (Bonfil, 1989: 191)

Además, considera el autor que hoy en día esos espacios, ante la dominación colonial del proyecto imaginario de un grupo de individuos en el poder, se han visto reducidos dejando al espacio doméstico como el lugar donde se expresan mayormente las decisiones autónomas de los grupos –y que también se han visto agraviados con las políticas y programas gubernamentales dirigidos hacia las mujeres, hacia el control de sus cuerpos-. Un espacio también en disputa, ya que, muchas mujeres, sus familias y sus comunidades resisten, luchan para mantener la opción de decidir, de ejercer su autonomía.¹³⁵

En ese marco, en el de la construcción de estrategias de resistencia por parte de los grupos étnicos, Bonfil (1989) menciona que la apropiación de la cultura ajena permite a los pueblos incluir en su acervo cultural elementos de otras culturas con la condición de que con ello se permita la permanencia de su pueblo. Dicha apropiación conlleva a la conformación de una cultura propia que sintetiza la capacidad de los grupos étnicos por mantener espacios de decisión.

Las formas de resistir han sido muy variadas, desde la defensa armada y la rebelión hasta el apego aparentemente conservador a las prácticas tradicionales [...] todas esas formas de resistencia son finalmente facetas de una misma lucha, permanente, tenaz: la lucha de cada pueblo y de todos en conjunto por *seguir siendo ellos mismos*; su decisión de no renunciar a ser los protagonistas de su propia historia. Bonfil Batalla (1989: 14-15) [Subrayado mío]

Seguir siendo ellos mismos, seguir siendo pueblo es lo que Agustina y Mary caminan en su continuo estar siendo partera de los pueblos, que con la práctica de la partería permiten la recreación y reproducción de las culturas indígenas y más que nada, permiten que hombres y mujeres tomen decisiones en su espacio íntimo y no pierdan su espacio doméstico y comunitario como ámbitos para el ejercicio de su autonomía; es decir,

¹³⁵ Y que existen experiencias en nuestro país donde grupos, pueblos y organizaciones indígenas, campesinas y populares han mantenido sus espacios de decisión autónoma hasta en un nivel comunitario y regional como en las zonas zapatistas de Chiapas.

que mantengan y reproduzcan el *control cultural* para favorecer su permanencia y recreación como pueblos.

Maneras de compartir: experiencias y situaciones de formación

El que aprende enseña y el que enseña aprende y que aprendiendo juntos se transforma la realidad y se producen cambios en la historia.

Paulo Freire (2004)

Hacerse partera en contexto indígena implica en todo momento aprender y enseñar la profesión, durante las consultas, cuando se apoya a una mujer y su familia en el proceso materno, en las reuniones con mismas parteras o médicos tradicionales o con promotores y promotoras de salud, así cuando se comparte con estudiantes pasantes en servicio social o trabajadores de la salud que ejercen una atención de la salud con compromiso social.

En todo tiempo y espacio se enseña la profesión, a razón de una manera propia de educarse y de trascender. Agustina y Mary han compartido a lo largo de su trayectoria de vida espacios y tiempos de enseñanza con distintos actores sociales, en distintas geografías y calendarios, siempre con la certeza de *ser más*, de enseñarse y enseñar al otro un proceder que brinde procesos seguros de salud.

En una ocasión iba yo llegando a San Juan y no bajaba la placenta de una mujer ahí era su segundo alumbramiento y el marido de la mujer salió corriendo porque ya el médico, el pasante que estaba ahí en esa clínica le dijo que saliera a la comunidad a buscar una camioneta o un transporte en donde se la iban a llevar a Ixtlan; entonces yo voy llegando y me dice:

–qué bueno que llego porque qué cree, que a Rosa no le baja la placenta y ya tiene dos horas y media que no baja la placenta y el doctor ya le hizo mucho para que le bajara y ya me dijo que la van a llevar, que la van a trasladar a Ixtlán y voy a buscar la camioneta, dice, pero usted ¿me puede ayudar usted?

Llegando yo y ya entré y le dije al doctor:

–ponga lienzos allá en su lámpara;

Porque ahí no hay plancha, no hay un fogón, nada de eso.

–ponga lienzos para calentar en la lámpara, y prenda la otra para calentar los lienzos con eso vamos a bajar la placenta y se quedó así.

–¡cómo, cómo!, ¿a va abajar la placenta con esto?

Y sí, ya calentitos los lienzos se le pusieron los lienzos a Rosa, vino el dolor y ¡vamos!, y en menos de diez minutos bajo la placenta y se quedó él así como sorprendido diciendo: esto no sabía, no, pero ahora ya lo aprendí y reconoció y me dijo:

– ¿usted es partera?

-sí, si soy partera; respondí.

-no, pues, esto no lo sabía, nunca, nunca había pensado en esto ni siquiera, sé que tengo que ponerle la lámpara al bebé cuando está prematuro pero nunca en el vientre de la mujer.

Y le dije:

–la lámpara no, pero el lienzo calentito, si usted tiene fogón o tiene plancha *con los medios que se pueda calentar pero no pierda tiempo porque se enfría.*

La matriz de la mujer se empieza a enfriar y se pega la placenta, se impregna la placenta y por eso viene el sangrado, se desangra la mujer, se va y es que él estaba mueve y mueve, mueve y mueve y no se debe de hacer eso tampoco... (Agustina, 26 de junio de 2012, Valles Centrales Oaxaca, entrevista) [Subrayado mío]

Ambas aprenden y enseñan en cada experiencia de vida: con la mujer cuando va a parir, con el bebé cuando nace, con la mujer insegura ante situaciones de marginación y pobreza, con el estudiante y profesional que muestra respeto y reconoce su aprendizaje; con promotores y promotoras de salud que se preparan y ejercen la opción de colaborar con sus comunidades; con jóvenes aprendices de partería; con médicos universitarios que, como capacitadores, han reconocido las habilidades y conocimientos de médicos tradicionales y los han tomado en cuenta como contenidos de enseñanza.

Como muestra un botón. Agustina coordinó talleres sobre embarazo, parto y puerperio dirigido a promotores y promotoras de salud de la zona mixteca en 2009 y 2010, en los cuales manejó estrategias de educación popular como: iniciar la reflexión de los temas con base en preguntas que sitúen problemáticas, considerar información previa que los asistentes manejan, guiar las opiniones de los asistentes hacia una reflexión crítica, manifestar problemáticas puntuales del contexto –como condiciones de vida que puede ser transformadas-, así como los recursos disponibles en las localidades para hacer frente a problemáticas sociales y de salud. A esta manera de proceder a integrado la explicación usando analogías, escucha de manera atenta a los participantes y usa códigos lingüísticos del contexto. Con su proceder ella va construyendo formas de enseñar y aprender que se sustenten en que las personas involucradas sean consideradas como protagonistas del acto, como sujetos que pueden reconocer su papel histórico para poder transformar lo que los condiciona, con organización y trabajo de colaboración, y construir mejores situaciones de vida.

Trabajo educativo que va aprendiendo de las experiencias formativas y situaciones de formación de las que ha formado parte, la práctica educativa de las CEB's y de aquellos

otros sujetos que han mantenido su proceder en ese mismo tenor. Agustina sintetiza una manera de enseñar entre educación indígena, educación popular y educación institucional, de las cuales ha retomado lo necesario para seguir caminando y configurar lo que se denomina como educación propia.

Muchos han sido y serán los espacios y momentos en que Agustina seguirá enseñando, una vocación que su padre le transmitió a con el ejemplo, un empeñarse en trascender a través del compartir. Ante una realidad no negada: aún no forma de manera sistemática a un miembro de su familia en los avatares de su labor, ella sabe que es un deber hacerlo y lo realiza en todo momento con otras personas, sin embargo, reconoce que llegará el día en que una de sus nietas perciba al Sol por la mañana, el día en que dará inicio su formación como partera.

Agustina es y será en todo espacio y tiempo una partera comunitaria que posibilita la recreación del tejido comunitario para que los pueblos (y quienes los integran) continúen siendo pueblo.

El caso de Mary, las experiencias formativas, cursos y encuentros en que ha participado le han permitido enseñarse mejor su labor, ha retomado los conocimientos necesarios para mejorar su práctica, con escuchar, observar de manera atenta, experimentar y reflexionar sobre lo acontecido para brindar cuidados seguros. Confía en su memoria, en lo que queda, pues, al no saber leer y escribir ha desarrollado otras habilidades que la sitúan como una de las parteras reconocidas por su comunidad, la buscan para ayudar a prevenir abortos, le enseña a la mujer y a su esposo los cuidados que deben de tener, plática con las mujeres, les comparte lo que ella conoce y ha aprendió en los cursos que asistió con los médicos del INI, se preocupa por continuar su labor y construye estrategias de permanencia. El colectivo de microcréditos le permite mantener vínculo con una experiencia anterior que le ha sido muy significativa en su formación como partera, al darse cuenta que al compartir entre mismas parteras, durante los Cursos de Partera Comunitaria del PSCMC en el centro de capacitación Pico de Oro, ella pudo “agarrar más fuerza”, además, por las orientaciones de los médicos capacitadores quienes, al retomar una orientación modular y de construcción del conocimiento reconociendo a los participantes como sujetos importantes del proceso educativo; con las habilidades y conocimientos que aprendió durante esos cursos le ha permitido, en su momento, intervenir y guiar lo mejor

posible la salud de la madre y el bebé, ya que, sin su intervención casos de emergencia obstétrica (como la presentación podálica del bebé o la hemorragia postparto) no hubiesen salido airosos y, posiblemente, hubiesen sido casos colocados en el subregistro de muerte materna o neonatal. Mary trabaja hoy por prevenir casos de urgencia monitoreando al bebé, palpándolo suavemente, “acostumbrándolo” a la posición cefálica con sobadas y talladas; orientando a la madre en su alimentación y desempeño cotidiano para prevenir riesgos obstétricos e incluso prevenir que se presente una cesárea.

Estas experiencias de vida le dicen que los caminos son arduos, siempre aprendiendo, construyendo alternativas para apoyar a las mujeres de los pueblos. Ella sabe que tiene que compartir sus conocimientos, las habilidades que maneja, de su familia sólo su hijo mayor maneja algunos elementos de la terapéutica del sistema real de salud, eso por haber sido partícipe del PSCMC como promotor de salud, una gran experiencia que le ha llevado a indagar más, a solicitar enseñanzas sobre el manejo de plantas medicinales a promotores de salud de Guatemala; algunas veces ha estado junto con su madre apoyando un proceso de parto, sin embargo, nadie más de su familia la acompaña. Hoy en día todos sus nietos, en edad de asistir a la escuela, estudian, los más jovencitos están cursando la educación media superior, asisten al Colegio de Bachilleres de Chiapas (COBACH) en la ciudad de San Cristóbal de las Casas pero, ninguno de ellos la acompaña en su labor, ella sabe que el día en que ella deje de existir ese día grandes conocimientos y habilidades desaparecerán y, se cumplirá lo que Aguirre Beltrán postulaba: “sustituir la medicina tradicional por la medicina moderna” y con ellos a sus terapeutas, sin embargo, en 2011 la OMS declara que en los países miembros, principalmente, en los de subdesarrollo se *necesitarán multiplicar por más de diez la cantidad de parteras, y la mayoría requerirá duplicar, triplicar o bien cuadruplicar su personal de partería a fin de mejorar la calidad y la cobertura de los servicios* (UNFPA, 2011).

Parteras capacitadas como Mary y Agustina sintetizan tradiciones culturales a través de su práctica médica y educativa perfilando una pedagogía que parte del existir, de lo que es, que deja de ser prescriptiva en principio para partir de la problematización, de situaciones problemáticas que una vez abordadas, leídas, construyen caminos hacia una educación liberadora, una educación verdadera que perfila caminos hacia el *lekil kuxlejal* de los pueblos.

Capítulo 5. A MANERA DE CIERRE: notas para seguir indagando

Nadie nace hecho. Nos vamos haciendo poco a poco, en la práctica social en que tomamos parte.

Paulo Freire (1996)

Enseñar y aprender una práctica especializada como lo es la partería hoy en día implica comprender la complejidad en la que se inserta, los elementos históricos y políticos que la condicionan pero, principalmente, comprender los caminos andados de hombres y mujeres que viven esos procesos, que recrean esta práctica cultural de larga trayectoria, la cual sigue y seguirá siendo muy necesaria ante condiciones de vida emergentes en países como el nuestro.

Agustina y Mary a lo largo de la exposición, en este trabajo, de los momentos huella e indicios de formación que comparten, muestran parte de su práctica médica y educativa y hacen explícitas las relaciones que entre pueblos indígenas e instituciones de Estado se han construido a lo largo de la historia de la configuración de nuestro país. Si bien, relaciones de hegemonía de las instituciones (y su legalidad) hacia los pueblos como relaciones de resistencia de los pueblos hacia estas instituciones. De una persistente integración del medio rural (campesino e indígena) hacia los proyectos de modernidad, progreso y desarrollo; a la incesante lucha de organizaciones, comunidades y pueblos en defensa de los territorios y por el derecho a la autodeterminación.

Ambas parteras, a través de su relato dan estructura a esta aproximación que, desde la lectura pedagógica muestran cómo ellas fueron formadas y a quiénes, dónde y cómo comparten sus saberes, sus habilidades y conocimientos. Ambas como sujetos pedagógicos participan del ideario de enseñarse y enseñar a otros, siempre a favor de la mujer, su bebé, su familia y su pueblo.

Este apartado figura como un cierre-apertura para seguir indagando, sólo muestra parte de la fotografía construida, un ejercicio de retorno a espacios escolares.

Parteras comunitarias como sujetos pedagógicos

No hay palabra verdadera que no sea una unión inquebrantable entre acción y reflexión y, por ende, que no sea praxis. De ahí que decir la palabra verdadera sea transformar el mundo.

Freire (2005: 105)

Los momentos huella que Agustina y Mary compartieron permitieron una aproximación a situaciones claves que les brindaron dirección y acción de su labor, a través de estos se accede en el presente trabajo a situaciones importantes de su cultura propia y permitieron también situar algunos indicios de formación con los que han reafirmado no sólo su práctica médica sino también educativa y pedagógica.

El sustento que da base a su andar se sitúan principalmente en la matriz cultural mesoamericana, ambas comparten, si bien, elementos culturales comunes en su práctica médica como: escuchar la palabra de las personas que solicitan sus servicios, reconocer situaciones de iniciación de la labor, el vínculo y comunicación que establecen con el ámbito sagrado –elemento importante de la medicina indígena, en la cual espíritu y cuerpo no se encuentran dissociados-; el calor como elemento imprescindible para los espacios seguros del parto, un calor no sólo con medios físicos o mecánicos sino también con la palabra a través del acompañamiento, la ayuda y la escucha; cortar el cordón umbilical hasta que la placenta haya “bajado” y, además, que haya dejado de “latir” –haya dejado de pulsar y se encuentre pálido-. Además con respecto a la educación propia en la formación de parteras indígenas comparten que es a través de la experiencia aprehendida como ellas se acercan al conocer a través de la observación, la palpación y la auscultación es que valoran y guían el consejo; explican usando analogías o, en el caso de plantas medicinales, las nombran según sus características físicas o propiedades químicas. Ambas trabajan procesos de prevención, para que el parto sea seguro, sin problemas; acompañan a las mujeres respetando su decisión y la de su familia hasta el momento en que se lo solicitan, nunca antes.

Una práctica médica que también es educativa ya que, su orientación –vinculada a la manera propia de aprender y enseñar conocimientos especializados en contextos indígenas- se enseña y aprende en el hacer, en la práctica, una práctica que en este caso se les presenta desafiante ante los contextos que condicionan la vida de la mayoría de las mujeres de

nuestro país. Un enseñar y aprender sistemático, metódico –la abuela de Agustina la fue aproximando a la partería poco a poco a su edad y ritmo y, cuando hubo el momento, le exigió mayor injerencia y mayor preparación, por su parte Mary indaga sobre terapias y medicación que contribuya a brindar mejor la atención en momentos difíciles del parto-. Y también han aprendido a compartir con personas ajenas a su contexto cultural, han aprendido que es necesario prepararse para hacer frente a problemas locales de salud ante la ausencia y escases de servicios médicos.

Parteras que en todo momento y en todo lugar enseñan y aprenden una práctica cultural histórica, a cada paso y en cada experiencia, un enseñarse y un compartir constante, siempre en preparación y siempre formando a otros, guiando el proceso del parto de manera segura. Es decir, ambas como sujetos pedagógicos recrean día con día el proyecto civilizatorio que sustenta su andar.

Las mujeres a quienes han acompañado lo ejemplifican, pues, las enseñanzas las vivieron en su propio cuerpo, en el momento significativo de su parto, enseñanzas que también han aprendido comparando los servicios de salud de los sistemas médicos disponibles, un aprendizaje significativo, pues, queda como huella imborrable.

Como comparte Carmen, mujer oaxaqueña de 35 años de edad, originaria de la región de Valles Centrales, esposa de uno de los hijos de Agustina.

Me embarce de mi siguiente hija [...]. Y bueno, dice mi suegra:

-Mira este, te vas a revisar -como es partera- te vamos a revisar, te voy a revisar yo cómo va tu embarazo y aparte vas a ir al ginecólogo que haga tu ultrasonido que vea cómo va. Si tú quieres tenerlo aquí en la casa ¡tú eres rápida!, lo tienes aquí en la casa.

-Si –le digo¹³⁶-

Pues íbamos mes con mes con el ultrasonido, me revisaba ella, me checaba, me media:

-Va bien, va bien, va bien.

Cuando llegó el momento, estaba en un cuartito; yo me alivie acá, con una camita ahí.

Entonces mi esposo, mi esposo tenía miedo [...] bien nervioso y mi suegra le dice:

-No te pongas nervioso hijo si todo va a salir bien.

Mi esposo llegó acá, me acostó, porque ¡bendita las horas!, eran las tres de la mañana, me acostó y me quitó mi ropa interior, me acosté, me taparon con una sabanita, estaba acostadita ahí, dice mi suegra:

-Tomate un tecito para el dolor, para que apure el dolor.

Le digo:

-Yo soy muy rápida.

¹³⁶ Además por experiencias no gratas en el sistema público de salud en la atención de sus anteriores partos.

No yo me enderecé a tomarme el té y ¡puaaaaj!, se rompió la fuente, al momento en que se rompe la fuente para mí ya viene, y le digo:

-¡Ya se rompió la fuente!

-Sí, sí, ya se rompió.

Y le dijo a mí esposo:

-¡No te vayas!

Porque él se quedó mirando.

-¡No te vayas!, quédate aquí conmigo

Y lo agarro de los brazos porque eso es lo que hace falta, o sea, el calor de tener un parto normal en su casa, no, estando ahí sola con los médicos, no, no, es algo muy frío ahí. Mi esposo se quedó acá conmigo, y yo lo agarré a él para parir, para hacer fuerza, lo abrace y mi hija nació, o sea, ¡ya!, nada más puje y pummm ya salió [...] mi suegra la cargó, la limpió, me la puso en el vientre para que bajará luego la placenta...me la puso en el vientre y entre mi calor y el de ella, bajó la placenta y me revisó el estómago, muy suave, me toco.

-No hay residuos –dice- de cualquier manera te voy a dar un tecito para que, por si llega haber algún residuo, va a salir pero no hay nada –dice-

Me tocó, me revisó. Mi suegra no me hizo el tacto, mi suegra no me estuvo ahí, que pasaran un montón ¡y a ver!, ¡y a ver!, no, nada, con mucho, mucho respeto, o sea, en una sabanita acá, me quitó un poco la sabanita, nació mi bebé [...] (Carmen, Valles Centrales, Oaxaca, 26 de junio de 2012, entrevista, correlato)

Enseñanzas inolvidables que las mujeres hacen experiencia de cada uno de sus partos. También relata Rosa, mujer oaxaqueña:

[...] me empezó a bajar agüita, agüita, era agua [...] le hable a doña Agustina y me dijo que pues ya iba a empezar mi trabajo de parto, que no me espantara [...] me empezaron a dar rápido, rápido, rápido ni que media hora, quince minutos me tardaba y me volvía a dar otro y así, volví a hablarle [por teléfono] a doña Agustina y me dijo que, pues, que sí que ya iba a empezar y que fuera yo a verla.

-Sí, tienes dos de dilatación –dice- ahorita ve a casa y ya –este- yo como a las 11 o 12 voy a verte porque ahorita no puedo hacerte nada -me dijo- para empezar, no me gusta poner una cosa que ponen para que avancen los dolores, porque te puede hacer daño a ti o al bebé, entonces dejemos que sea así normal, pues, natural.

Los dolores me empezaron hacer, arreciar, arreciar, así, más rápido, más rápido y ya, cuando me metía al agua ya fue más, pues más rápido y así, pues, nada más estaba con mi mamá porque él se había ido a trabajar y, entonces, ya este, ya como a la una llegó doña Agustina y ya me dijo:

-¿cómo estás?

...y ya le dije, pues:

-Ya me duele más yo ya no podía caminar normal, pues, ya caminaba con los pies abiertos y me dijo:

-A ver, te vamos a revisar.

[...] a mí me estaba dando miedo, entonces, creo que por eso mi cuerpo no abrió bien, no estaba abriendo lo suficiente...por eso, nos fuimos [al hospital], fue como en cuestión de media hora.

-No, pues, mejor vamos porque no te quiero hacerte sufrir [...]

-No, pues sí, ¡pues sí, vamos! –le dije-

Y ya nos fuimos, entonces, yo dije, me da miedo estar allá dentro con los doctores porque eh oído, de que no se apuran, de que no te tratan bien [...].

Cuando íbamos en el camino yo le dije a doña Agustina, ¡desde aquí!, le dije:

-pero usted va a ir con nosotros.

Y me dijo:

-Sí, vamos –dice- porque si nace en el camino yo te ayudo, pero tranquila –ella me decía- tranquila, respira así...haz esto, haz el otro para que todo salga bien y ya, pues, sí le hacía caso y ya cuando íbamos en el camino yo dije:

-¿Va a entrar usted conmigo?

Y me dijo que sí, que si le daban permiso si iba a entrar conmigo. Entonces, cuando llegue ya me pasaron [...] me acuerdo que primero me dio un dolor y me quede ahí parada y, no se apuraban, apenas iban a traer una silla de ruedas y yo ya estaba adentro [...].

La doctora dijo:

-¿y usted qué es?, -le dice a doña Agustina-

Y le dijo:

-Yo soy partera

Y yo le dije:

-Sí, es mi partera y quiero que este conmigo. (Rosa, Valles Centrales, Oaxaca, 18 de agosto de 2012, entrevista, correlato)

Momentos de vida en que se valora la efectividad de los servicios de salud disponibles. Agustina y Mary proporcionan en esos momentos la guía, observando el proceso, anticipando sucesos, reaccionando a problemas inmediatos con la mira de resguardar la vida de la mujer y su bebé; haciendo lo posible porque el proceso culmine de la mejor manera. Orientaciones que la mujer, su familia y, posteriormente, la gente de su comunidad, del barrio o colonia, aprenden cuando se conoce el proceder, la experiencia y la pericia de la partera. Y no sólo, pues, al compartir de manera directa sus habilidades y conocimientos con otras parteras, médicos tradicionales o agentes comunitarios también ponen en juego sus referentes culturales, los propios y los aprehendidos, su palabra se convierte en diálogo y reflexión, se tratan problemáticas puntuales y se plantean alternativas de solución y compromisos. Hacen lectura crítica de su realidad concreta y buscan formas de transformar las situaciones de opresión, cada una desde con su propio proceder, desde su propio contexto.

Ambas parteras, en su actuar cotidiano, recrean relaciones comunitarias con quienes interactúan, donde el eje rector ha sido y será el trabajo comunitario, un compromiso ético que no se cuestiona simplemente se vive, se ejerce a favor de la comunidad, hacia sus mujeres sustento de la recreación de las culturas.

Ambas, como sujetos pedagógicos recrean su práctica médica y educativa a favor de la generación de una maternidad segura. Ellas, con los saberes que recrean construyen caminos futuros para una vida digna.

Conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias. Retornando la mirada a la escuela

Quien conoce algo ha tenido experiencias de ello de distintos modos, la ha captado en varios escorzos y matices, bajo diferentes perspectivas y, eventualmente, en ocasiones distintas.

Sólo hay una forma indirecta de transmitir el conocimiento: colocar al otro en una situación propicia para que él mismo lo adquiera. Conocer es asunto estrictamente personal. Por ello los saberes pueden consignarse en discursos razonados y anónimos, el conocer requiere, en cambio, del testimonio de quien conoce.

Villoro (1989)

Experiencias de vida en torno al acompañamiento y ayuda al proceso materno que mujeres y hombres aprehenden cuando son padres, cada participante experimenta de forma personal un acontecimiento que es colectivo. Mary y Agustina viven de manera singular cada parto que acompañan, sin embargo, lo que se hace común, lo que se manifiesta continuamente se aborda según lo conocido, lo que se presenta como efectividad práctica y da seguridad en su resultado, lo que requiere de ambas parteras un conocimiento basto del medio.

Villoro (1989) menciona que la experiencia se vincula al conocer y que conocer es integrar en una unidad varias experiencias parciales de un objeto, es decir, que conocer algo implica dar respuestas múltiples y variadas sobre un mismo objeto en distintos contextos. Agustina y Mary conocen su práctica médica, la han ido configurando a razón de su experiencia de vida, han asegurado procedimientos, han aprendido terapias que favorecen la atención -apropiándose de elementos de una cultura ajena-, responden con referentes propios contruidos a través de su andar, comprenden lo que “normalmente” acontece en el evento maravilloso de nacer, lo que posiblemente puede pasar y, también identifican lo que no está en sus manos resolver. Ambas han construido sus conocimientos a razón de sus

condiciones de vida singular pero, también su aprendizaje y sus enseñanzas han estado condicionados a contextos más amplios, a la relación entre los pueblos con culturas diversas –de los cuales han nutrido su práctica-; de las relaciones establecidas con las instituciones del Estado mexicano –sus políticas y programas-, en donde ellas han aprendido a crear estrategias de permanencia; y de las relaciones establecidas con organizaciones sociales que construyen caminos alternativos de existencia. En este acontecer ambas parteras han construido un conocimiento especializado, no circunscrito a la atención del parto sino extendido a otras esferas de la medicina indígena apoyando a hombres y mujeres en distintas afecciones, haciendo una síntesis de conocimientos necesarios para una práctica médica efectiva.

Dichos conocimientos implican también saberes y habilidades para reproducir la partería, los cuales dependen de los sujetos interlocutores del acto educativo –formal e informal¹³⁷-, del espacio y tiempo destinado; del objeto cognoscible, de las estrategias de transmisión y de los recursos disponibles. Cada experiencia formativa o situación de formación sistematizada se gesta de manera singular, sin embargo, con principios pedagógicos como: otorgar importancia a la palabra cumplida, caminar preguntando, escuchar las voces de los interlocutores del acto, guiar a la comprensión del objeto cognoscible a través de la práctica metódica, sistematización de la enseñanza para compartirla poco a poco y estimular habilidades que puedan responder problemas sencillos primero y complejos después.

Maneras de compartir y enseñarse una práctica especializada que interpela el proceder educativo en espacios escolares en general, en los cuales, ente situaciones abrumadoras como: espacios no adaptados a las necesidades de los alumnos, de los maestros y del contexto local; contenidos escolares designados que no orientan los procedimientos que poco a poco deberá desarrollar el alumno durante un ciclo escolar, el manejo escaso de material educativo que estimule el conocer de los alumnos a través de experiencias personales con el objeto cognoscible; el agobio al trabajo del maestro para responder a programas escolares y reunir evidencias de dichos trabajos, todo ello sin mejoras salariales..., en fin, situaciones que reflejan parte del estado actual de la educación

¹³⁷ El proceso del parto es un acto educativo inolvidable, un aprendizaje significativo tanto para la mujer la familia, la comunidad y la partera que lo acompaña.

de nuestro país y que manifiestan un proceder institucional, lineal, muchas veces impositivo para maestros, alumnos y padres de familia cuando no se posee las estrategias para apropiarlo.

Las enseñanzas que dejan Agustina y Mary a través de su práctica médica, que también es educativa, es: considerar como sujetos de su propio aprendizaje a los estudiantes de nuestro país para otorgar mejoras significativas al acto educativo, sin simulaciones, sin discursos, sino construcciones desde y con los sujetos involucrados, con sus padres, con la comunidad, con los intelectuales estudiosos del fenómeno educativo, con ellos y no hacia ellos. Escuchar las voces de los protagonistas, construir espacios donde la enseñanza se centre en el diálogo entre estudiante y profesor a través del objeto a conocer, que cada uno de ellos haga experiencia personal su aprendizaje a través de aprehenderlo en su cuerpo, en su entendimiento y llegar a comprenderlo para no sólo saber sino para ir desarrollando los conocimientos necesarios para responder a la vida práctica, una vida siempre condicionada. Que la comunidad escolar visualice, de manera informada, hacia dónde se quiere llegar, qué se quiere conseguir con la educación de los futuros jóvenes de nuestro país, Agustina y Mary también están preocupadas por ese futuro, un futuro que inicia con las formas de nacer, ambas caminan con la esperanza en sus manos, una esperanza que construyen día con día pisando el futuro desde el lado de acá.

Por lo cual, es menester también mencionar que los procesos de formación en obstetricia, merecen un abordaje serio por las instituciones académicas que forman personal de salud en esta área de la salud, ante la problemática que aqueja la atención del parto en nuestro país y, así, no continuar leyendo nuestras realidades con perspectivas del siglo XVI, la carga colonial aún se hace manifiesta en instituciones universitarias y de salud cuando se refieren a parteras indígenas tradicionales como mujeres que no manejan conocimientos, sin pericia y que no hacen medicina sino utilizan remedios, que no curan sino entorpecen el trabajo médico; cuando ellos y ellas no reconocen que en su propia práctica cotidiana, como enfermeros o médicos, hacen uso de aquello que le critican a la partera indígena: “su empirismo”, en este caso, revestido de “innovación” o “evidencia”; ¿a caso no hacen uso de habilidades como la observación y la experimentación, una observación que les permite valorar al paciente, un abordaje clínico que les permite las primeras inferencias sobre el diagnóstico a tratar?, ¿no incluso hacen uso del “empirismo” –

basándose en la clínica- mientras reconocen, mediante estudios complementarios- el diagnóstico médico real, más aún, cuando se presentan manifestaciones clínicas desconocidas?

La diferencia radica en que unos poseen la legitimidad hecha poder e institución con respaldo legal, científico (cuando se coloca a la ciencia moderna como parámetro de medida) y tecnológico, mientras que las parteras comunitarias hacen uso de lo que disponen para brindar un servicio comunitario, un trabajo designado por el cual resisten y luchan de manera creativa para continuar una práctica médica que siempre les ha pertenecido.

Ambos servicios son necesarios en un país como el nuestro, sin embargo, ambos deben brindar atención, apoyo y acompañamiento seguro. Y para conocerlos es necesario tomar en cuenta los procesos de formación, la trayectoria, experiencias de vida y sustento ideológico y cultural de los sujetos que los representan, así como la configuración histórica de sus profesiones, ya que, ésta queda como huella indeleble en la memoria de quienes las viven.

Hay mucho por hacer ya que, los datos que se registran sobre las muertes maternas en México muestran a las instituciones de salud pública como los sitios de mayor ocurrencia, ¿esto no plantea un cambio de perspectiva en la atención?, más allá de la amigabilidad y adecuación cultural en las instituciones públicas de salud, se hace necesario un viraje epistemológico y político que no sólo reconozca la existencia de parteras indígenas tradicionales, como un reconocimiento positivo, sino que se permita su participación activa y concertada en ámbitos de la salud asegurando el desarrollo pleno de su práctica médica, con el propósito de brindar servicios de salud efectivos para los usuarios.

Reconocer a hombres y mujeres de este país como SUJETOS PROTAGONISTAS DE SU PROPIA HISTORIA transformaría a las sociedades y sus espacios en un mundo mejor habitable.

- ☉ Que a las mujeres se les respete en su proceso materno, que se les reconozca como centro de la situación.
- ☉ Que se construyan las condiciones necesarias de manera institucional para generar *una maternidad segura*.
- ☉ Que el proceso del nacer y del alumbramiento se viertan de calor, luz y esperanza.

- Ⓢ Que en los servicios de salud se creen los mecanismos para la reformulación de la atención y se guíe hacia una atención de la salud con perspectiva cultural.

Regresando al proceso de investigación: sobre preguntas y supuestos

Tejido que sólo representa una mirada, una lectura, una aproximación, una fotografía.

Elizabeth López

Dar cuenta del objeto de estudio a través de las preguntas y los supuestos de investigación se materializa de manera puntual en un apartado como éste. Ahora sólo se encuadran algunas representaciones de cierre para continuar indagando.

¿Cómo ellas construyen sus conocimientos? ¿Cómo se hicieron parteras? Los procesos de formación que han vivido ambas parteras ponen de manifiesto la *imperiosa necesidad de seguir formándose*, en la incesante búsqueda de recursos y herramientas terapéuticas que brinden mayor seguridad al proceso materno y a otros procesos de sanación que acompañan, pues no sólo manejan asuntos que atañen a la partería sino que sus campos de acción se amplían ayudando a recuperar la salud en torno de algunas enfermedades, entre ellas, algunas de filiación cultural como el susto, el empacho, la caída de la mollera, o proporcionando medicamentos naturales —preparados y procesados con base en plantas medicinales y algún vehículo o en forma de té o para infusión—. Dicho campo de acción las implica en *una formación continua tanto sistemática como no formal*, donde son importantes todas las experiencias formativas donde comparten sus conocimientos y habilidades ya sea con otras parteras o con otros médicos indígenas.

Trabajan con lo que está disponible y siempre enseñándose —como proceso de autoformación y formación de otros—, lo que quiere decir que poseen un amplio conocimiento de su medio local. Agustina, cuando viaja de una región a otra o de un estado a otro, carga con ella sólo con unos cuantos goteros (tinturas, un medicamento natural con propiedades medicinales de las plantas con alcohol del 96 como vehículo), y si se le presenta algún caso que le pidan ayudar, hace uso de lo que dispone, pero también de plantas y minerales propios de la región, dialoga con los residentes e identifican la planta precisa que hay que buscar, aunque ella no conoce el nombre común (local) de la planta, la ubica por las reacciones que provoca en el cuerpo humano. Por su lado, Mary hace uso de

las plantas medicinales que conoce, algunas plantas locales y aquellas que aprendió a manejar cuando acudió a sus capacitaciones con médicos del INI, pues ahí intercambió saberes con otras parteras.

Su práctica no se circunscribe a un espacio y tiempo preciso, en su caminar siempre ejercen su profesión. Usan la *medicina que es necesaria* según la persona y la situación lo requiera, lo que implica un amplio manejo de recursos terapéuticos y herbolarios.

Los *métodos de aprendizaje* son la observación directa, aprender haciendo, con base en el ejemplo, escuchando el tiempo que sea necesario, reflexionando su práctica, palpado (sintiendo) con las manos y manteniendo empatía con las personas a quienes acompañan. Viven en su propio cuerpo terapias de sanación o acompañándose por otros médicos tradicionales, intercambiando conocimientos y habilidades con otras parteras y médicos tradicionales, considerando al enseñante —al maestro-compañero(a)— con respeto y autoridad, valorando su palabra y su ejemplo (buscan estrategias de formación continua y de alianzas para continuar recreando su práctica). Estos elementos permiten poner en duda las representaciones teóricas hechas en que se resalta como medio de transmisión de la medicina indígena la tradición oral. Si bien ésta es de suma importancia, lo es más cuando se vincula culturalmente sin caer en verbalismos y protagonismos. El método de enseñanza-aprendizaje por excelencia es la observación, la meditación y la palabra, ésta cuando se hace necesaria. Responden a necesidades concretas de vida: acompañamiento en el proceso de sanación donde vinculan recursos de su cultura propia haciendo uso de conocimientos necesarios para responder a problemas locales.

Fueron formadas entre la *educación propia*, donde la designación de la labor cobró importancia y su proceder posterior —reconociendo la fuerza de su *tonalli*¹³⁸— y apropiando también recursos culturales de otras tradiciones médicas, les permitió reproducir y recrear la vida a través, por ejemplo, de las terapias alternativas y el uso de

¹³⁸ El *tonalli*, según la traducción (interpretación) que hace López Austin (2012) sobre su estudio de los antiguos nahuas del altiplano, se vincula a una fuerza anímica contenida en el cuerpo que fue otorgada por los dioses (como soplo) a niños y niñas según el tiempo de su nacimiento. Y se vincula así como fuerza, valentía, destino y personalidad. Un destino que se hace factible según la vivencia y experiencia de vida de cada persona en su comunidad, porque puede no hacerse presente, porque dependerá de cómo la persona haya guiado su propia vida. El *tonalli* permite la relación con el cosmos (el vínculo entre el tiempo mítico y el tiempo de los hombres), una comunicación que se realiza a través de los árboles sagrados (cuatro rumbos y el centro) que permiten el sostén del mundo de los hombres. Ambas parteras identificaron dicha fuerza y se han esforzado por alimentarla, formándose continuamente para brindar camino a sus pueblos desde su *estar-siendo* como *parteras de los pueblos*.

medicina alópata. También han incorporado (directa o indirectamente) estrategias de enseñanza como las que brinda la educación popular y que en Agustina se traduce en un proceder metodológico donde sintetiza formas propias de enseñar al coordinar distintos talleres. Es así como la educación popular se convierte en un referente de su formación y acción actual.

También es importante mencionar la formación institucional recibida (si bien de manera formal o no formal) mediante la observación y acción directa con médicos académicos o con cursos dirigidos por instituciones de salud (enseñanzas que acompañan el proceder de Mary). Las anteriores consideraciones afirman dos de los supuestos de investigación:

- *Las parteras en nuestro país comparten sus conocimientos y saberes desde sus referentes histórico-políticos, desde su historia-personal y su historia-colectiva (como pueblo).*
- *Han con-figurado su práctica reflexiva en educación y en salud a partir de las relaciones sociales, culturales, políticas, económicas, pedagógicas y epistémicas que recrean su estar-siendo como sujetos histórico-políticos.*

Pero *¿desde qué horizonte de pensamiento?* Al respecto, podemos decir que mantienen *respeto por la designación del trabajo*, sin embargo, ven necesario compartir su experiencia con mujeres jóvenes que cumplan con el llamado (que sean responsables y se dedique con decisión a la labor) ante condiciones materiales de vida (muerte materna y neonatal, contextos de migración que conllevan a vivir situaciones límite —entre la vida y la muerte—, maltrato de mujeres indígenas en hospitales públicos, por ejemplo).

Consideran el *calor como elemento fundamental* para asegurar un buen desenlace del proceso materno: haciendo uso de sobadas, talladas, brindando calor con la palabra, escuchando atentas las preocupaciones, angustias y problemas de las personas que acompañan.

Otorgan protagonismo a la mujer; buscan estrategias para que ellas “tomen su fuerza” y el parto salga airoso, una fuerza que se hace manifiesta en un margen entre la vida y la muerte, ‘*hay que ayudar a las mujeres en su paso*’. Se consideraba como guerreras a las mujeres que morían durante su parto (su primer parto) en la civilización de los antiguos

nahuas del altiplano. Para ambas parteras la mujer necesita de FUERZA para dar su paso, para parir.

Los cinco horcones comunitarios como recursos culturales heredados que figuran como: autoridades propias, territorio, las fiestas, el trabajo comunitario y las asambleas. Caminos que manifiestan sentidos y significados propios de la cosmovisión indígena, donde confluye una matriz cultural de los grupos étnicos actuales y que simbolizan a su vez los cuatro rumbos del universo, reconociendo también el centro, todos ellos pilares que dan fuerza y mantienen la recreación de la vida comunitaria.

¿Cómo los comparten? Comparten sus conocimientos en espacios restringidos de participación social, si bien de manera informal los transmiten a miembros de su familia —a quienes por circunstancias o por necesidad se implican en experiencias formativas—, sin embargo no es una regla de que si una persona nace en un núcleo familiar de médicos indígenas algún miembro desarrolle esa profesión, aunque sí hay posibilidades de que esto ocurra debido a las formas de enseñarse del pueblo indígena: a través de la observación directa, pero para dicha decisión se conjugan otros factores condicionantes.

La partería requiere de conocimientos sistematizados y ya comprobados por las parteras mismas, si bien su abstracción no se refleja en un escrito, sí se refleja en su práctica y en su decir para sanar. Cuando comparten dichos conocimientos reflexionan sobre su seguridad o no para el proceso materno de la mujer y antes de implementar alguna terapia o usar alguna planta medicinal se aseguran de su efectividad y de sus posibles consecuencias.

Son médicos indígenas, hombres y mujeres de conocimientos que se habilitan para proporcionar un proceso integral de sanación, donde hacen uso de conocimientos y habilidades para realizar las terapias tanto desde su sentido biológico como socio-cultural. Con la idea siempre de hacer el mejor trabajo posible, reconociendo ámbitos donde no pueden inferir, buscan un inmediato traslado hacia instituciones de salud pública para resolver la situación acompañando siempre a la parturienta y a su familia y, según donde se encuentren, tienen a la mano una opción para asegurar la vida de la mujer. Caminan siempre enseñándose su práctica y enseñando a otros sin poseer espacios y tiempos establecidos. Agustina y Mary son dos parteras comunitarias que se han configurado como sujetos pedagógicos. Lo anterior, así, afirma otro supuesto de investigación:

- *Son las parteras sujetos pedagógicos que comparten en todo momento y espacios sus conocimientos y saberes en torno a los cuidados y la salud.*

Esta investigación es sólo un tejido que, como puente y espejo, permite seguir indagando.

Fuentes consultadas

Libros

- Aguirre Beltrán, G. (1994) [1955]. *Programas de salud en la situación intercultural*. México: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (1991). *Regiones de refugio. El desarrollo de la comunidad y el proceso dominical en Mestizoamérica*. Obra Antropológica IX, México: FCE/Universidad Veracruzana/INI/Gobierno del estado de Veracruz.
- _____ (1976). “Introducción”, en: Ramírez, R. *La escuela rural mexicana*. México: SepSetentas.
- _____ (1963). *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Almaguer, J., Vargas, V., y García, H. (coord.). (2014). *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*, 3ª ed., México: Secretaría de Salud.
- Bailón, J. (2010). “Oaxaca frente al nuevo federalismo (1940-1970)”, en: Romero, M., Sánchez, C., Mendoza, J., Bailón, J., Ruiz, F., Arrijoja, L., y Celaya, Y. *Oaxaca. Historia breve*. México: Fideicomiso Historia de las Américas, El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, pp. 223-247.
- _____ (2010). “Los avatares de la democracia (1970-2008)”, en: Romero, M., Sánchez, C., Mendoza, J., Bailón, J., Ruiz, F., Arrijoja, L., y Celaya, Y. *Oaxaca. Historia breve*. México: Fideicomiso Historia de las Américas, El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, pp. 248-287.
- Barquín, M. (1989). *Historia ilustrada de las ciencias de la salud*, México: UNAM.
- Bartolomé, M. (2003). “En defensa de la etnografía. El papel contemporáneo de la investigación intercultural”, *Revista de Antropología Social*, (012), Madrid: Universidad Complutense de Madrid, pp. 199-222.
- _____ (1997). *Gente de costumbre y gente de razón. Las identidades étnicas en México*. México: Siglo XXI.
- Berteaux, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Bellaterra.

- Bertely, M. (2000). *Conociendo nuestras escuelas. Un acercamiento etnográfico a la cultura escolar*. México: Paidós.
- Bhabha, H. (2002). *El lugar de la cultura*, Argentina: Manantial.
- Bonfil, G. (1989). *México Profundo. Una civilización negada*, México: Debolsillo.
- Carrillo Trueba, C. (2006). *Pluriverso. Un ensayo sobre el conocimiento indígena contemporáneo*. México: UNAM.
- Castañeda, M., y Lerín, S. (1999). “Capacitación a parteras tradicionales. ¿Articulación o desfase con el sistema institucional de salud?”, en: Tuñón, E. *Género y Salud en el Sureste de México*. México: El Colegio de la Frontera Sur, el Consejo Estatal de Población de Chiapas y el Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas, pp. 131-173.
- Chamoux, M. (1992). *Trabajo, técnicas y aprendizaje en el México indígena*. México: CIESAS-Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos.
- Civera, A. (2008). *La escuela como opción de vida. La formación de maestros normalistas rurales en México 1921-1945*. México: El Colegio Mexiquense, A. C.
- Etxeberria, X. (2004). *Sociedades multiculturales*. España: Mensajero.
- Faggetti, A. (2011). “Fundamentos de la medicina tradicional mexicana”, en: Argueta, A., Corona, E., y Hersch, P. *Saberes colectivos y diálogo de saberes en México*. México: UNAM-CRIM-Universidad Iberoamericana, pp. 137-151.
- _____ (2008). *Saber, experiencias y vivencias de las parteras tradicionales en el estado de Puebla*, México: Servicios de Salud del estado de Puebla.
- _____ (Comp.) (2003). *Los que saben. Testimonios de vida de médicos tradicionales de la región Tehuacana*. México: Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades-BUAP.
- Freire, P. (2007) [1973] *¿Extensión o comunicación? la concientización en el medio rural*, México: Siglo XXI.
- _____ (2005) [1970]. *Pedagogía del oprimido*, México: Siglo XXI.
- _____ (2004). *El grito manso*, México: Siglo XXI.
- _____ (2002) [1969]. *La educación como práctica de la libertad*, España: Siglo XXI.
- Freyermuth, G. (2003). *Las mujeres de humo. Morir en Chenaló: género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México:

- CIESAS, Instituto Nacional de las Mujeres, Instituto de la Mujer Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas, Miguel Ángel Porrúa.
- Galante, C., y Castañeda, M. (1999). “Mujer-partera: figura central de la salud reproductiva en el medio rural”, en: Tuñón, E. *Género y salud en el Sureste de México*, México: ECOSUR, pp. 223- ¿?
- Knobel, M., y Lankshear, C. (2001). *Maneras de ver. El análisis de datos en investigación cualitativa*. México: Centro Pedagógico de Durango.
- Lenkersdorf, C. (2006) “La maravilla de la lengua. Una comparación intercultural del tojolabal y el castellano”, en Bertely Busquets, María (coord.). *Historias, saberes indígenas y nuevas etnicidades en la escuela*, México: La Casa Chata, pp. 269-286.
- _____ (2004). *Conceptos tojolabales de filosofía y del altermundo*, México: Plaza y Valdés.
- _____ (2002). *Filosofar en clave tojolabal*, México: Miguel Ángel Porrúa.
- _____ (1996) *Los hombres verdaderos. Voces y testimonios tojolabales*, México: Siglo XXI-UNAM.
- López Austin, A. (2012). *Cuerpo humano e ideología*. México: UNAM.
- _____ (1999). *Un día en la vida de una partera mexicana*. México: Jaca Book/CONACULTA.
- Lozoya, X y Zolla, C. (1984). *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*. 2ª ed., México: Folios Editores.
- Maldonado, B. (2004). “Organización social y política”, en: Barabas, A., Bartolomé, M., y Maldonado, B. *Los pueblos indígenas de Oaxaca. Atlas etnográfico*. México: INAH/Secretaría de Asuntos Indígenas del Gobierno de Oaxaca/FCE, pp. 21-49.
- Medina Hernández, A. (1991). “Comentario previo”, en: Aguirre Beltrán. *Regiones de refugio. El desarrollo de la comunidad y el proceso dominical en Mestizoamérica*. Obra Antropológica IX, México: FCE/Universidad Veracruzana/INI/Gobierno del estado de Veracruz, pp. 7-24.
- Medina Melgarejo, P. (2000). *¿Eres maestro normalista y/o profesor universitario? La docencia cuestionada*. México: UPN/Plaza y Valdés, pp. 17-70.

- Mellado, V. (coord.) (1994). *La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México*, Tomo III, México: INI.
- _____. Zolla, C., y Xochitl Castañeda. (1989). *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).
- Mills, C. (2003). “La promesa”. En: Mills, C. *La imaginación sociológica*. México: FCE, pp. 23-43.
- Page, J. (2002). *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995*. México: UNAM-UACH-IEI.
- Reina, L. (2011). *Indio, campesino y nación en el siglo XX mexicano. Historia e historiografía de los movimientos rurales*, México: Siglo XXI.
- _____. (2010). *Los movimientos indígenas y campesinos*. China: Nostra Ediciones.
- _____. (coord.). (2000). *Los retos de la etnicidad en los estados-nación del siglo XXI*, México: Miguel Ángel Porrúa/INI/CIESAS.
- Reyes Gómez, L. (2007). *Los zoques del volcán*, México: CDI.
- Reyes, M. (2002). “Líneas y estrategias prioritarias de la política social en Chiapas”, en: Reyes, M., y Burguete, A. (coord.). *La política social en Chiapas*. México: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, pp. 21-49.
- Reygadas, R. (1998). *Abriendo veredas. Iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*, México: Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia.
- Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires: Paidós.
- Ruiz, S., y Torner, C. (2003): *Cómo me convirtieron los indígenas*, España: Sal Terrae.
- Sepúlveda, J. (1993). *La salud de los pueblos indígenas en México*. México: Secretaría de Salud e Instituto Nacional Indigenista.
- Sesia, P. (1992). *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*. México: CIESAS/Gobierno del Estado de Oaxaca.
- Sieglin, V. (2004.) *Modernización rural y devastación de la cultura tradicional campesina*. México: Plaza y Valdés/Universidad Autónoma de Nuevo León.

- _____ (2001). “Modernización sociocultural, relaciones de poder y construcción de identidades. La capacitación de parteras empíricas en comunidades rurales del noreste mexicano”, en Sieglin, V (comp.). *Desarrollo sustentable, cultura e identidad*. México: Consejo para la Cultura y las Artes de Nuevo León, pp. 131-166.
- SSA. (1992). *Manual de la partera tradicional*. México: Dirección General de Fomento a la Salud, Dirección General de Planificación Familiar y Dirección General de Atención Materno Infantil.
- Torres, A. (2007). *La Educación Popular. Trayectoria y actualidad*. Colombia: El Buho.
- Uriburu, G. (2006) “Mortalidad Materna en Bolivia ¿qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?”, en: Fernández, G. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito: Abya Yala, pp. 173-186.
- Velasco, E. (2002). “La gestión social en la zona de conflicto: El Programa Cañadas 1995-1998.” En: Reyes, M., y Burguete, A. *La política social en Chiapas*, México, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, pp. 235-274.
- Villa, A., Velasco, J., Baéz-Jorge, F., Córdoba, F., y Norman Dwigth Thomas, N. (1990). *Los zoques de Chiapas*, México: Instituto Nacional Indigenista/CONACULTA.
- Villoro, L. (2012). *Estado plural, pluralidad de culturas*. México: El Colegio Nacional.
- _____ (2009). *Tres retos de la sociedad por venir. Justicia, democracia, pluralidad*. México: Siglo XXI.
- _____ (2007). *Los retos de la sociedad por venir. Ensayos sobre justicia, democracia y multiculturalismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2004) [1980]. “El sentido de la historia”. En: Pereyra, C., Villoro, L., González, L., Blanco, J., Florescano, E., et. al. *Historia, ¿para qué?*, México: Siglo XXI, pp. 33-52
- _____ (1996) [1950]. *Los grandes momentos del indigenismo en México*, 3ª ed., México: FCE.
- _____ (1989). *Crear, saber, conocer*. México: Siglo XXI.
- Viqueira, J., y Ruz, M. (2004). *Chiapas los rumbos de otra historia*. México: UNAM/CIESAS.

- Ysunza, A. (1996). *¿No que no? Una experiencia con Promotores Comunitarios de Salud en Oaxaca*. México: Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”.
- Zemelman, H. (2004). “Pensar teórico y pensar epistémico”. En: Sánchez I., y Sosa, R. (coord.). *Los desafíos del pensamiento crítico*, México: Siglo XXI.
- Zolla, C. (2011). “Del IMSS-Coplamar a la experiencia del Hospital Mixto de Cuetzalan. Diálogo, asimetrías e interculturalidad médica.”, en: Argueta, A., Corona, E., y Hersch, P. *Saberes colectivos y diálogo de saberes en México*. México: UNAM/Universidad Iberoamericana.

Tesis

- Araya, M. (2008). *Los conocimientos de parteras indígenas frente a las políticas de integración/apropiación neoliberales. Investigación Participativa junto al Consejo de Organizaciones de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales del estado de Chiapas, -COMPITCH-*. Tesis de Maestría en Antropología Social, México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Barría, V. (2007). *Parteras profesionales en México: las nuevas herederas de una tradición*. Tesis en Maestría en Antropología. México: UNAM.
- Cerda, A. (2001). *El proceso de autoatención en un municipio autónomo tojolabal del estado de Chiapas*. Tesis de Maestría en Antropología Social, México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Campos, R. (1996). *Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina*. Estudio en México y Bolivia, México: UNAM, Tesis de Doctorado, FFYL.
- González Figueroa, G. (2002). *Sociedad civil, organismos civiles y movimientos populares en los Altos y Selva de Chiapas*. Tesis de Maestría, México: Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.
- González Serna, C., y Gamboa, R. (2010) *Utopías y realidades en Chiapas: reflexiones sobre la experiencia de vinculación de la UAM*, Tesis de Maestría, México, UAM.
- Heredía, J. (2007). *Salud y Desarrollo Comunitario. Estudio de caso: Marqués de Comillas, Chiapas*. Tesis de Maestría en Desarrollo Rural, México: UAM-X.

- Islas, C. (2014). *Aprovechamiento de los recursos vegetales por parteras de las localidades nahuas de Ocotepéc y Ahuatepec del municipio de Cuernavaca, Morelos México*. Tesis para optar por el título de Bióloga. México: UNAM.
- López Enríquez, M. (2011). *Los procesos de formación en salud comunitaria: la experiencia pedagógica de Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC), A. C.* Tesis de licenciatura en pedagogía, México: UNAM-FFyL.
- López Silva, C. (2005) *Luces y sombras del trabajo organizativo de las mujeres: experiencia de la casa de la mujer Ixim Antsetic*. Tesis de Maestría en Desarrollo Rural, México: UAM-X.
- Matesanz, J. (1996). *Salud y sujeto social. Una experiencia de capacitación de promotores de salud comunitaria en la Sierra Alta de Hidalgo*. Tesis de Maestría en Desarrollo Rural, México: UAM- Xochimilco.
- Moreno, V. (2005). *Alumbrando en la oscuridad, salud y derechos reproductivos. El caso de la capacitación a parteras rurales en el Cofre de Perote, Veracruz*. Tesis de Maestría en Desarrollo Rural, México: UAM-X.
- Nicolás, N. (2012). *Contribución pedagógica para la afirmación de una carrera: parteras profesionales*. Tesis de Maestría en Pedagogía. UNAM.
- Pérez, D. (2010). *Mujeres de Comunidades Eclesiales de Base: Ideología y Praxis. Veracruz, 1975-2006*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales con Especialidad en Mujer y Relaciones de Género, México: UAM-X.

Revistas y artículos

- Alatorre, E. (1994). “El surgimiento de la enfermería profesional en México. Reflexiones sobre su carácter femenino”. En: *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del seguro social*, 6 (1), México, pp. 47-51.
- _____ (n.d.) El proceso histórico de la educación en enfermería en México. En: *Antología*, ENEO, pp. 38-59.
- Arnau, J., Martínez, M., Nicolás, M., Bas, E., Morales, R., y Álvarez, L. (2012). “Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de la Salud de la región de Murcia”. *AIBR. Revista Antropológica Iberoamericana*, 7(2): 225-247.

- Bermúdez, A. (2010) “La enfermera mexicana que no estuvo en 1810, tampoco en 1910 y que se sigue buscando en el 2010”, editorial, en: *Cultura de los Cuidados*, Año XIV, N.º 28, pp. 7-10.
- Bonfil, G. (1991). “La teoría del control cultural en el estudio de los procesos étnicos”, *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, IV (12), México: Universidad de Colima, pp. 165-204.
- Biurrun, A., y Goberna, J. (2013). “La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía”, en: *Matronas Profesionales*, 14(2): 62-66.
- Carrillo, A. (2002). “Médicos del México decimonónico: entre el control estatal y la autonomía profesional”, en: *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 22, 351-375.
- _____ (1999), “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 19, pp. 167-190, disponible en: <<http://www.revistadynamis.es/index.php/indices>>, consultado el 6 de noviembre de 2013.
- Castañeda, I. (1988). “Síntesis histórica de la partera en el Valle de México”, en: *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 1 (1), pp. 35-39.
- Cornejo, M., Mendoza, F y Rojas, R. (2008). “La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico”, *Psykhé*, 17 (001), Chile: Pontificia Universidad Católica, pp. 29-39
- Cosminsky, S. (1986). “Prácticas de partería tradicional y prevención del embarazo en las Américas”, en Mangay, A. (recop.). *El potencial de las parteras tradicionales*. Ginebra: OMS.
- _____ (1977). “El papel de la comadrona en México”, *América Indígena*, 37 (2), México: Instituto Indigenista Interamericano, pp. 305-335.
- Cuevas, L., y Guillén, D. (2012). “Breve historia de la Enfermería en México”, en *Cuidarte el Arte del Cuidado*, Revista electrónica de enfermería FESI-UNAM, 1 (1), pp. 71-80.

- Freyermuth, G., Luna, M., Muños, J., 2015, *Numeralia 2013. Mortalidad Materna en México*, México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), Organización Panamericana de la Salud en México (OPS).
- Grajales, C. (2001). “Formación de promotoras y promotores de salud desde PRODUSSEP A. C.”, *Revista de Trabajo Social*, Nueva Época, Dos, Primavera. México: UNAM/Escuela Nacional de Trabajo Social, pp. 88-95.
- Grossberg, L. (2009). “El corazón de los estudios culturales: contextualidad, construccionismo y complejidad”, *Tabula Rasa* [on line], (10), Bogotá, pp. 13-48.
- Huerta, J., y Keller, A. (1976). “La partera empírica: ¿colaboradora potencial del Programa Nacional Materno infantil y Planificación Familiar?”, *Salud Pública de México*, 8 (5), pp. 883-892.
- Jordan, B. (1989). “Cosmopolitical obstetrics: some insights from the training of traditional midwives”, en: *Social Science and Medicine*, 28(9): 925-944, disponible en: <http://www.lifescapes.org/Writeups.htm>, consultado en noviembre de 2013.
- Kelly, I. (1955). “El adiestramiento de parteras en México, desde el punto de vista antropológico”, *América Indígena*, XV (2), abril, México: Instituto Indigenista Interamericano, pp. 109-117.
- López Silva, C. (1999) “Parteras y promotoras rurales de salud en la Selva de Chiapas”, *Cuaderno de trabajo*, (6), México: GIMTRAP.
- Maldonado, N. (2008). “La descolonización y el giro des-colonial”, *Tabula Rasa*, (9), Bogotá.
- Martínez, J., y Delgado, M. (2013). “Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos”, *Ginecología Obstétrica de México*, 81 (12). 706-710.
- Nueve Lunas. (n.d.). “Atención Humanizada del Parto y Nacimiento”, carpeta informativa. México: Macarthur/Instituto Nacional de las Mujeres.
- Ortiz, C. (2010). “Herminia Franco Espinoza (1891-1988). Primera mujer médica de Puebla y veterana de la Revolución Mexicana”, en: *Gaceta Médica de México*, 146 (1), pp. 59-65.
- Pérez, G. (1975). “Parteras empíricas: la primera evaluación”, *El médico*, 25 (8), noviembre. México.

- Sesia, P., Rouvier, M., González, M., y Becerril, V. (2013). “Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna”, *Salud Pública de México*, 15 (2), marzo-abril, pp. 185-192.
- Torres, S., Zambrano, E. (2010). “Breve historia de la educación de la enfermería en México”, en: *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 18 (2), pp.105-110.
- Vargas, L., y Matos, E. (1973). “El embarazo y el parto en el México prehispánico”, *Anales de Antropología*, vol. 10, México: UNAM, pp. 297-309.
- Villa, A. (1973). “Notas sobre los zoques de Chiapas”. *América Indígena*, Vol. XXXIII, no. 4, México, pp. 1031-1069.
- Villeda, F., Rodríguez, N., y Córdoba, M. (2010).” La práctica enfermera durante la Revolución Mexicana (1910-1920)”, *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 18 (3), pp. 163-166.

Páginas y textos electrónicos

- CELALI. (2014). *Zoques. Ubicación*. Gobierno del estado de Chiapas: Consejo Estatal de Lenguas y Cultura de Chiapas. Disponible en: <http://www.celali.gob.mx/loszoques-ubicacion.htm>, consultado en octubre de 2015.
- CIEDD. *Carpeta Regional: Valles Centrales. Información Estadística y Geográfica Básica* disponible en: http://www.biooaxaca.org/sistema/pdfs/ciedd/carp_valles.pdf, México: CIEDD/Gobierno de Oaxaca.
- CONEVAL (2013). *Informe de pobreza en México, 2012*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, disponible en: http://web.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza/Informe%20de%20Pobreza%20en%20Mexico%202012/Informe%20de%20pobreza%20en%20M%C3%A9xico%202012_131025.pdf, consultado en diciembre de 2013.
- DGPLADES. (2008). *La atención intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud*. México: SSA/Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Publicación en línea:

- http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/parteria/articulos/Mexico_2008.pdf, consultado el 12 de junio 2015.
- Freyermuth, G. (coord.) (2012). *Muerte Materna. Indicadores 2010*, México: CIESAS/OPS/Ipas México/OMM, publicación en línea: <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores/158.html>
- _____. Luna, M., y Ochoa P. (2011) *Mortalidad Materna en México. Numeralia 2010*, México: CIESAS/OPS/OMM, publicación en línea: <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia/132.html>, consultado en noviembre de 2012.
- HGM, 2012. *Antecedentes históricos*. Disponible en: <http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/interior/dirgral/antecedentes1.html>, consultado en julio de 2014.
- IMSS, 2013. “IMSS-Oportunidades. Informe”, cap. VIII, México. Disponible en: www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf, consultado en octubre de 2015.
- INEGI, 2012. *Perspectiva estadística Oaxaca*, México: INEGI, disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/estd_perspect/oax/Pers-oax.pdf
- 2011. *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. Oaxaca*, México: INEGI. Publicación en línea: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/detalle.aspx?c=28097&upc=702825002098&s=est&tg=320&f=2&pf=Pob&ef=20&cl=0>
- Juárez, Palma, Singh y Bankole, (2010). *Barreras para la Maternidad Segura en México*, Nueva York: Guttmacher Institute, consultado en mayo de 2011, disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/Maternidad-Segura-Mexico.pdf>.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México. *Índices de Mortalidad Materna 2009*. 2011. Consultado en junio 2011. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia-2009.html>
- OMS. (1985). “Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto”, *Lancet*, 2:436-437. Disponible en: www.crececontigo.gon.cl

_____ (1978). “Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud”, *Salud Pública y Educación para la Salud*, 2002; 2 (1), España: Asociación Galega de Educación para a Saúde/Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Vigo, pp. 22-24. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev02-1/rev02-1.htm>, consultado en junio de 2013.

Rostro de la Mortalidad Materna en México. (n.d.). Consultado en mayo de 2011. Disponible en: <http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx>

Zolla, C., y Mata, S. (coord.) (2009). *Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana*. México: UNAM. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/index.php>, consultado noviembre de 2012.

Videos

CENAMI. (2012). *Proyecto Indio*, México: Caritas. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=3TGb2ua-q2o>, consultado en noviembre de 2013.

Anexos

Anexo 1.

Cuadro 1

PARA LA CODIFICACIÓN DE LOS DATOS

CÓDIGOS

Ejes de análisis	Preguntas centrales	Preguntas complementarias	Procesos a indagar*
Construcción social de su práctica médica	¿Cómo se hizo partera? ¿Cuál es su horizonte de pensamiento?	¿Cuáles son sus referentes culturales? ¿Qué procesos de formación construyeron? ¿Qué momentos significativos de vida orientan su quehacer médico-pedagógico actual?	<i>Momentos-huella</i> Horizonte de pensamiento (Referente cultural)
Procesos de formación (aprendizaje)	¿Cómo construyen sus conocimientos? ¿Cómo se hizo partera?	¿Cómo se han formado? ¿Cómo traducen los conocimientos médicos implicados? ¿Cuáles han sido los espacios y tiempos de formación? ¿Cómo leer su formación como parteras desde su participación social?	Experiencias formativas Situaciones de formación Participación social activa
Maneras de Compartir (enseñanza)	¿Cómo comparten sus conocimientos? ¿Desde qué horizonte de pensamiento?	¿Qué sujeto están formando? ¿Qué relaciones pedagógicas configuran? ¿Cuáles son los conocimientos implicados? ¿Qué espacios y tiempos educativos se construyeron?	Sujeto pedagógico

* Se asignó a cada proceso un color lo cual permitió mayor visibilidad de los datos.

Anexo 1. Cuadro 2: Momentos huella e indicios de formación: Agustina, Valles Centrales, Oaxaca

Año	Momentos-huella	Indicios de formación
1955	Nace <i>Agustina</i> en región de Valles Centrales, Oaxaca	
1957 Año y medio de vida	<i>“...el designio de mi madre es que yo ayude a las mujeres...”</i> <i>“...mi madre muere de parto”</i> Cuando ella tiene año y medio de edad muere su mamá y su hermanito. Su madre muere de parto. Vive la muerte materna desde muy pequeña.	
1963 8 años		<i>“Tráete el agua caliente”</i> Recuerda –vuelve a vivir- sus enseñanzas de la partería a sus ya 8 años de edad. Su abuela paterna es quien la acompaña en el caminar.
1968 13 años	<i>“No tengas miedo. Un día bajando de la montaña”</i> Teniendo los trece años de edad ella vive-hace experiencia e incorpora su primer parto.	*
1969 14 años	Formándo-se para maestra en la Normal Ingresa a la normal de Tamazulapan. Su padre desaparece.	*
1972 17 años		<i>“Dando el servicio a las comunidades”</i> Ingresa a Comunidades Eclesiales de Base (CEB’s)
1977 22 años	Muere su abuela <i>“Yo siempre estaba a su lado”</i>	Participa en distintos trabajos (educativos y sociales) organizados desde las CEB’s a favor de las comunidades indígenas.
¿?		<i>“Las mujeres deben defender sus derechos”</i> Asiste a diplomado en Derechos Humanos.
¿?		Participa en distintos trabajos (educativos y sociales) organizados desde las CEB’s a favor de las comunidades indígenas.
2007 52 años		<i>“Que a la mujer se le respete su forma de parir”</i> . <i>“Nosotras las parteras”</i> Pronunciamiento por un parto humanizado
2009-2010 55 años		Taller dirigido a promotor@s de salud de la zona mixteca
2012-2013 58 años		Asiste al taller de Salud Comunitaria y al Encuentro de Salud en Manos del Pueblo.

Anexo 1. Cuadro 3: Momentos huella e indicios de formación: Mary, Marqués de Comillas, Chiapas

AÑO	MOMENTOS-HUELLA	Indicios de formación y contextualización
1950	Nació en Francisco León, zona noroccidental del estado de Chiapas.	
1975	<p>“no hay quien pueda recoger el bebé...”</p> <p>“Yo empecé a verlo a los 25 años”</p> <p>Tenía dos hijos cuando inició la partería.</p>	<p>“...en principio así lo he visto los partos”</p> <p>Iba a Ostuacán para comprarse algunas cositas y, de paso, consultar en la farmacia lo que “sirve para controlar la hemorragia”</p>
1982	<p>“cuando trono el volcán”</p> <p>Erupción del Volcán Chichonal Su familia fue reubicada en el albergue “La ----en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.</p> <p>Posteriormente su familia es reubicada en Ocosingo, donde se construye un nuevo poblado que toma el nombre de: “Nuevo Francisco León”</p>	<p>“...en Tuxtla me dejaron ver paciente, no sólo una enferma...”</p> <p>“...allá empecé agarrar fuerza, entonces al llegar a Francisco León me buscaron porque ya tengo más estudio.”</p> <p>“...allá los doctores me dijeron: ¡así lo vas atender a las enfermas (embarazadas), la vas a levantar aquí, en su cama inclina[...], así lo vas a acomodar a la enferma...”</p>
1987		<p>“...cuando llegamos aquí...”</p> <p>Decide junto con su familia aceptar irse a la zona Marqués de Comillas, cerca de la frontera con Guatemala. Un medio social y natural en el que aprendió a sobrevivir.</p>
1989		<p>“cuando me capacité con los doctores del INI entendí más”</p> <p>Por asamblea la eligen para participar en el PSCMC, en marco del proyecto que se estaba echando a andar en ese momento: el programa de Capacitación de Parteras Comunitarias.</p> <p>“...y cuando me capacité en esto [con el programa del INI] agarre en ese entonces mi fuerza ahora ya volteo; aunque estén parados, sentados o atravesados le tengo que dar vuelta poco a poco hasta que quede bien...”</p> <p>“...si me gustó porque ella que me enseñó más bien, ahí, ahí lo saben de todo...lo saben porque</p>

		llegó mucha partera, y lo platicamos...”
1990		Encuentros de salud cada seis meses con promotores de salud y parteras.
1989-1991		Creación del Hospital de Benemérito de las Américas, y plantación de hule en la zona. Condiciona su práctica médica.
1994	Levantamiento armado del EZLN en Chiapas.	
1998	Muere su esposo.	
2004		Se deshace la dirección del PSCMC y se reorganiza la participación de las parteras y promotores comunitarios.
2000	Clínica del IMSS	“...me busco un doctor aquí lo que trabajan...” Se construye la clínica del IMSS-Oportunidades
2009		Se introduce la siembra de la palma africana en la zona.
2010-2011		“...tengo mi paciente, tiene que obligar pa’ que se recibe inyección, planificación; de todo, pa’ que tome pastilla y...el dispositivo...” Recibe pláticas de planificación familiar tanto en su localidad, en Benemérito de las Américas y a veces en Comitán.
2013		“...ahora nadie que sana aquí se fue a hospital...” Los partos se mandan al Hospital de Benemérito de las Américas. “...les doy plática, hasta en el viejo Chichonal voy a compartir palabra...” Continúa su práctica médica según lo que conoce y le solicite la población.

Anexo 2

Declaración de Alma-Ata*



El 12 de septiembre de 1978, en Alma-Ata (Almaty desde 1994) (capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazajistán), los representantes de 134 naciones convinieron en los términos de una solemne Declaración en la que se instó a todos los gobiernos, a los agentes de salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial, a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo.

Se reproduce a continuación el texto completo de esa Declaración, cuya aprobación constituyó el momento culminante de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada conjuntamente por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (United National International Children Emergency Fund = Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia).

Declaración de Alma-Ata

Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los trabajadores de la salud y del desarrollo, y de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud de todas las personas del mundo, elabora la presente Declaración:

* Fuente: *Revista Salud Pública y Educación para la Salud*, 2 (1), pp. 22-24. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev02-1/rev02-1.htm>

I. La Conferencia reitera firmemente que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud.

II. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es inaceptable política, social y económicamente, y es, por lo tanto, una preocupación común para todos los países.

III. El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países en desarrollo y los desarrollados. La promoción y protección de la salud de la población son indispensables para el desarrollo económico y social ininterrumpido, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz mundial.

IV. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud.

V. Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de su pueblo, obligación que sólo puede ser llevada a cabo mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera, en el curso de las próximas décadas, debe ser que todos los pueblos del mundo alcancen, en el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación. Forma parte integrante, tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo económico y social global de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria.

VII. La atención primaria de salud:

1. Refleja las condiciones económicas y las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se desarrolla a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados relevantes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud, y en la experiencia en salud pública.
2. Se dirige a los principales problemas de salud de la comunidad, y, de acuerdo con esto, provee servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
3. Incluye, por lo menos: educación sobre los problemas de salud prevalentes y sobre los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; asistencia materno-infantil, incluyendo planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes; y provisión de los medicamentos esenciales.
4. Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores y campos de actividad corresponsables del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la ganadería, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores; y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.
5. Requiere y fomenta en grado máximo la confianza en sí mismo y la participación del individuo y de la comunidad en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales, nacionales y de otros recursos disponibles; y, con tal fin, desarrolla, mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar.
6. Debe estar apoyada por sistemas de interconsultas integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, con vistas a la mejora progresiva de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de personas médicas, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadoras sociales, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida en que se necesiten, con la preparación debida social y técnicamente, para trabajar como un equipo de salud y atender a las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud de gran alcance y en coordinación con otros sectores. Para ello, será necesario ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX. Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por la población de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y el funcionamiento de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y, en particular, para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud, en tanto en cuanto que es elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la acción urgente y efectiva nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero, y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica, y de acuerdo con el Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF, y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial a que apoyen, en el plano nacional e internacional, el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud, de conformidad con el espíritu y el contenido de la presente Declaración.

Anexo 3

Declaración de Moisés Gandhi. Primer Foro de Promotores de Salud (1997)

Definición de Salud:

Salud es el bienestar del pueblo y del individuo, que contenga la capacidad y motivación para todo tipo de actividad sea social o política. Salud es vivir sin humillación, podernos desarrollar como mujeres y hombres; es poder luchar por una patria nueva donde los pobres y particularmente l@s indígenas se puedan determinar de manera autónoma, y donde la pobreza, la militarización y la guerra destruyen la Salud.

Este bienestar abarca lo físico y lo mental. Esto significa tener buena alimentación, buena vivienda, mantener la higiene en las casas, tener agua potable, luz y servicios médicos; que no haya contaminación por agroquímicos en la tierra y al medio ambiente ya que perjudica a la población, tener tierra donde trabajar, tener educación, una buena organización, tener libertad, respeto a la cultura y justicia.

Cómo queremos que sea la Salud:

Consideramos que la salud debe tener necesariamente las siguientes características: 1. Para tod@s: la salud no es individual sino colectiva. Es un derecho de tod@s. 2. Neutralidad: como trabajador@s de la salud debemos atender a todas las personas sin distinción de raza, color, lengua, edad, credo, género, cultura, partido, dinero... 3. Responsabilidad: la salud debe estar en manos del pueblo, y debemos demostrar que el trabajo de l@s promotor@s es importante y eficaz y que no lo pueden llevar a cabo sin el apoyo del pueblo.

Situación actual:

Frente a la construcción colectiva de lo que entendemos por salud, en el presente foro l@s asistentes encontramos que en la situación de guerra que se vive en las comunidades, el gobierno ha convertido la salud en un arma, (existen interrogatorios en las consultas y son condicionadas con el fin de que los enfermos no estén organizados), en una herramienta más para destruir los esfuerzos organizativos de los pueblos.

De esta forma, sin justicia, sin respeto a la dignidad de la población, la salud es propiedad de un pequeño sector de la población, y la atención médica es para quien tiene dinero para pagarla: la salud no es para tod@s.

Cuando las comunidades intentan capacitarse para responder a las necesidades de salud, el gobierno trata de destruir este esfuerzo, queriendo que la población no sea responsable de su salud, sino solo

objeto de programas gubernamentales; considera la salud como un problema solamente médico, sin relacionarlo con las condiciones de vida y trabajo de la población.

Estas condiciones de vida y de trabajo, de por sí malas, son afectadas todavía más en esta situación de guerra. Esta guerra, no declarada públicamente por el gobierno, es algo real en las comunidades, permanente y de "alta intensidad". Porque cada día hay más muertos y más sangre. La baja intensidad era antes, ahora no. Están matando dirigentes y amenazando sacerdotes: esto es alta intensidad.

La militarización, afecta profundamente la vida de la población. Todas las acciones del ejército están dirigidas a desestabilizar, para dividir, para controlar. Las comunidades denunciamos que contaminan nuestros ríos, violan a nuestras mujeres, controlan represivamente, ocupan los auditorios municipales y las escuelas, introducen el alcoholismo, la prostitución y la droga en nuestros pueblos, no podemos transitar libremente, obligan a las mujeres a controlar la natalidad esterilizándolas o poniéndoles dispositivos sin su consentimiento, cuando dicen que dan ayuda social en realidad están dividiendo a las comunidades, a l@s vecin@s, a las familias. Esto, unido a la miseria que se vive en las comunidades, agrava las condiciones de salud.

El papel de l@s promotor@s

L@s promotor@s somos personas elegidas por la comunidad para promover acciones que de manera organizada permitan mejorar las condiciones de vida y salud de la población.

El sistema gubernamental de salud impone a l@s promotor@s o trabajador@s de la salud, dificultades que impiden el desarrollo de sus actividades.

La situación de violencia y represión se manifiesta de diferentes maneras en la salud. Los medicamentos, las clínicas, los programas de vacunación y otros, se convierten en campo de batalla y en instrumentos de los partidos políticos, los militares, paramilitares, sectas religiosas, instituciones gubernamentales de salud como IMSS, SSA, COPLAMAR, DIF, CAS, INI, SEDESOL y otros agentes que intervienen dividiendo a las comunidades, ofreciendo becas y sueldos e intentando destruir el trabajo de l@s promotor@s de salud.

L@s promotor@s de salud somos desconocid@s por el gobierno y algunas comunidades no nos valoran porque no tenemos título oficial de estudios, porque no regalamos medicinas, porque no tenemos medicamentos. Mientras nuestro trabajo se basa en el amor y el servicio a nuestras comunidades y a nuestro pueblo, las dependencias gubernamentales nos dividen, nos ataca el gobierno con sus "promotor@s" de escasa formación y que reciben sueldo, regalan medicinas y vivimos el desprecio y el hostigamiento de las sectas y el ejército, porque no nos dejan cumplir

nuestro trabajo de salud, nos interrogan, revisan nuestros libros y materiales y nos acusan de delitos que no cometemos como narcotráfico y portación ilegal de armas.

Como promotor@s de salud, reconocemos que tenemos una tarea importante en la recuperación de nuestra cultura y la valoración de nuestra dignidad como aportes para la prevención y la curación de las enfermedades.

La cultura de nuestros pueblos nos une, nos da identidad y nos ayuda en el trabajo comunitario y de salud, por eso insistimos en la necesidad de compartir los conocimientos con hueseros, curanderos, iloles (médicos tradicionales) y parteras.

Reafirmamos la necesidad del uso y la promoción de diferentes maneras de prevenir y de curar más de acuerdo a nuestras culturas y que estamos recuperando. Valoramos la importancia de estar organizados, de tener encuentros, pláticas, asambleas, donde se intercambien conocimientos sobre plantas medicinales y otras experiencias.

También entendemos que es nuestra tarea fortalecer las medidas preventivas en la comunidad: agua potable (no solo entubada), letrinas, basura, huertos, etc. En algunas comunidades estamos llevando el control de la vacunación.

Manifestamos la necesidad de que l@s promotor@s de salud estemos capacitad@s integralmente en los diferentes métodos de promoción, prevención y atención a la salud, compartiendo estos conocimientos con toda la comunidad para reencontrarnos con la salud, la amistad y la confianza de nuestr@s ancian@s para que su conocimiento no se pierda.

Como promotor@s, valoramos la importancia de tener información para tod@s y ante la violencia que nos rodea creemos importante y necesario su análisis, su denuncia ante organismos de Derechos Humanos y la coordinación con otras organizaciones de diferentes municipios y estados, para compartir y escuchar las experiencias de otr@s. De esta forma podemos responder a los ataques organizada y políticamente.

Como promotor@s intentamos evitar que la violencia entre a nuestras familias y comunidades, y consideramos este Foro-Encuentro como una estrategia más para resistir la violencia. También sentimos la necesidad de conocer las leyes y los derechos humanos para denunciar las violaciones a los mismos.

Acompañamos al pueblo que vive todos los días las muchas caras de la violencia. No es solo la guerra de las balas sino la violencia que se manifiesta por la falta de empleo, el hambre, la pobreza, la carestía de los productos básicos y la falsa información de los medios de comunicación. Ante esta

realidad, el pueblo plantea muchas acciones de resistencia. En algunas de ellas l@s promotor@s participamos:

- Resistencia en el pago de la luz.
- Resistencia a programas del gobierno, porque no queremos limosnas ni sobornos, manteniendo las organizaciones independientes.
- Resistencia al pago de las contribuciones ejidales.
- Denuncia de las violaciones a los derechos humanos.
- Acompañar las marchas para que el ejército salga de las comunidades.
- Hacer cooperativas de consumo básico.
- Hacer tomas de tierras.
- Exigir la libertad de los presos políticos.
- Elaborar medicamentos para cuando se necesiten.
- Respondiendo a las agresiones sin violencia, pero organizada y políticamente.
- Acompañar a los refugiados en las montañas y solidarizarse con ellos.
- Suspender y rechazar la venta de alcohol y la introducción de la prostitución en las comunidades y en las cabeceras municipales.
- Informar de lo que pasa en las comunidades.

Al igual que el pueblo, resistimos la guerra con la fuerza de la organización, con valor, esfuerzo, experiencia y conciencia con la fuerza de la palabra de Dios, con la fuerza de nuestras costumbres, culturas y tradiciones; y también ayudándonos ante el sufrimiento y la tristeza aunque haya angustias y temores.

Ante esta situación de violencia y guerra exigimos que salgan de nuestras comunidades todos los grupos militares, paramilitares, guardias blancas, seguridad pública y judicial que nos atacan y cada vez más se meten en nuestras comunidades, con la excusa de dar un servicio.

En las comunidades indígenas seguiremos resistiendo hasta las últimas consecuencias aunque nos provoquen, porque no queremos más violencia. La intervención del ejército, "guardias blancas" y seguridad pública ha violentado nuestro sistema de vida comunitaria. Sin embargo, seguimos resistiendo sin caer en la provocación, seguimos unid@s y organizad@s; buscando siempre la unión de la medicina tradicional y herbolaria para resistir con nuestro propios recursos. Damos la orientación necesaria a nuestras familias y comunidades para evitar caer en las trampas del gobierno y su ejército.

Las mujeres participamos como promotoras de salud y reclamamos justicia, igualdad, libertad, el derecho al descanso, a decidir el número de hijos; a participar en la toma de decisiones que afectan

a la familia y la comunidad, en el manejo de fondos dentro de la vida de las familias, comunidades, ejidos y organizaciones. Aunque se ha avanzado en la igualdad de hombres y mujeres, todavía queda mucho por hacer, como ejemplo, que los hombres revisemos nuestra actitud hacia las mujeres y aprendamos a vivir en igualdad. Se están realizando acciones en las comunidades para intentar disminuir la desigualdad (cursos, cooperativas, talleres, etc.). Las mujeres pedimos una ley que defienda nuestros derechos. L@s promotor@s de salud debemos poner el ejemplo en nuestros hogares viviendo en igualdad entre mujeres y hombres.

La intervención del ejército en nuestras comunidades nos ha obligado a cambiar nuestras rutas y horarios de trabajo, las mujeres ya no podemos caminar cerca de los retenes porque tenemos miedo a ser violadas. Procuramos ya no salir en las noches, porque somos atacadas por el ejército.

Queremos una nueva educación para nuestr@s hij@s para ir evitando las desigualdades entre hombres y mujeres. Tomamos como requisito fundamental para la defensa de nuestro trabajo en salud a nuestra organización, buscando siempre la participación de las mujeres en todos los niveles, porque la lucha es pareja y decidida.

Por todo lo anterior, l@s promotor@s:

Declaramos que la salud debe estar en manos del pueblo, solo así se garantizará que llegue a tod@s y evitará que sea una política impuesta de afuera. Solo así podremos hacer valer nuestro trabajo, que se respeten nuestras tradiciones en salud, nuestra cultura y forma de ser.

Declaramos que el pueblo es capaz de cuidar su salud y tomar sus propias decisiones, que la comunidad debe participar en la elaboración de las políticas de salud, debe tomar las decisiones y vigilar que se cumplan. Los indígenas tenemos derecho a la tierra, el trabajo, la vivienda digna, el agua, etc. Y tenemos derecho a controlar todos los recursos que son de nuestros pueblos y forman parte de la salud.

Declaramos que la salud en manos del pueblo es parte importante de la democracia y autonomía. Por ello, exigimos participar en la creación de nuestras propias leyes de salud por las que se rijan nuestras comunidades. Que nuestro trabajo, apoyado por la comunidad, sea reconocido oficialmente por el gobierno, para tener acceso a los recursos humanos y materiales del Estado en la promoción, prevención, atención y capacitación de la salud.

Declaramos que queremos: cambiar el sistema y unirnos l@s promotor@s, las comunidades y los pueblos; exigir que se cumplan los derechos que les quitaron a nuestros padres; exigir precios justos a nuestros productos y el manejo de los bienes y recursos naturales de nuestros territorios (ríos, bosques, ruinas, etc.);

Declaramos que tenemos el derecho a estar informad@s sobre los servicios que las instituciones de salud están obligadas a dar para garantizar que se cumplan y que el servicio llegue a tod@s con el personal necesario y capacitado.

Declaramos que para la atención de la salud en tiempo de guerra, como el que estamos sufriendo, es importante estar prevenidos y definir estrategias claras de información y prevención, entre otras. Algunas de ellas son la capacitación sobre los posibles problemas de salud mental y su tratamiento, preparación en primeros auxilios, análisis con las comunidades sobre la situación en que se vive así como técnicas para el tratamiento del agua, etc.; preparar grupos de nutrición y alimentación y comités de salud. Es necesario tener preparado un botiquín de emergencia con plantas medicinales y medicamentos de patente.

Declaramos que la atención a l@s niñ@s, ancian@s y discapacitad@s se vuelve principal así como la asistencia a las familias que tienen que salir de sus comunidades por la guerra, pues en estas situaciones aumentan los miedos, angustias y otras enfermedades.

Declaramos que las acciones en favor de la salud y la lucha por nuestros derechos van más allá. Los mecanismos de presión (manifestaciones, bloqueos, marchas, etc.) son otros modos para que se nos escuche y exigir nuestros derechos, así como la información a la opinión pública nacional e internacional y organismos de Derechos Humanos sobre la situación de Chiapas con el fin de contrarrestar la información oficial que intenta hacer creer que no hay guerra y que están resueltas nuestras demandas.

Declaramos la exigencia de que los centros de salud den un trato humano y respetuoso, que cada centro cuente con traductores, con atención las 24 horas, que se tenga acceso al segundo nivel de atención para tod@s, que se cuente con albergues cercanos y alimentación para familiares de enfermos, que tengan las áreas de atención indispensables (dental, herbolaria, mental, para mujeres y niñ@s, medicina general, etc.). Que l@s médic@s se hagan más conscientes de que hay otras alternativas de atención y las respeten. Que los centros de salud deben tener personal adecuado y capacitado así como el equipo médico completo y el medicamento necesario para dar todo tipo de servicio y que l@s médic@s cumplan con su obligación de atender al enfermo.

Declaramos que la comunidad tiene el derecho a participar en el funcionamiento de los centros de salud. Las instituciones de gobierno no pueden nombrar a otr@s promotor@s cuando éstos ya existen en la comunidad nombrados por ella, y deben extender una identificación colectiva para cada organización independiente de promotores de salud y que permita hacer a los promotores su trabajo con libertad y moverse libremente en cualquier situación.

Finalmente, Declaramos que, ante la política gubernamental que impulsa la privatización de las instituciones públicas de salud convirtiendo a la salud en una mercancía de la que se beneficia un sector reducido de la población, luchamos por que la salud quede en manos del pueblo y proponemos la creación de una red de promotor@s de salud del pueblo y de comités de salud para cada comunidad e instituciones de salud. Estos comités de salud deberán participar en el proceso de planeación, ejecución, evaluación y vigilar el funcionamiento de los centros de salud, llevar el control de las consultas, poner las normas que debe seguir el personal médico del centro, elegir la administración de los centros de salud y que sean locales y regionales.

L@s promotor@s de salud no prometemos, nos comprometemos junto con tod@s l@s mexican@s que hoy promueven una Patria nueva con la lucha por mejorar las condiciones de vida, por organizarnos y creer en nosotros mismos para servir mejor, por recuperar la salud y el derecho a la vida de nuestras comunidades.

"POR UNA SALUD EN MANOS DEL PUEBLO"

Moisés Gandhi, Región Autónoma Toztz Choj, Chiapas; a 24 de febrero de 1997.

Fuente: López Enríquez (2011, anexos)

Anexo 4

Declaración tzotzil sobre salud¹³⁹

(Documento)

San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 1974

Entre los días 12 y 16 de octubre de 1974 se celebró el I Congreso Indígena “Fray Bartolomé de las Casas”, organizado por el comité del mismo nombre, en San Cristóbal de las Casas, Edo. De Chiapas.

Aproximadamente unos mil quinientos indígenas de cuatro grupos étnicos de los Altos de Chiapas (tzotziles, ch’oles, tojolabales y tzeltales), discutieron con el gobernador del estado cuatro temas esenciales para su supervivencia, ya de por sí precaria: tierra, comercio, educación y salud.

Reproducimos a continuación la ponencia sobre salud presentada por Pedro Juárez, integrante de la delegación tzotzil al Congreso.

Ponencia tzotzil sobre salud:

Nos sentimos en una situación difícil.

Por un lado la medicina tradicional de yerbas y por otro la medicina de los doctores. Vamos a presentar nuestro problema examinando estos dos temas.

Medicina del doctor

Los médicos están concentrados en las ciudades y nunca salen al campo. Ignoran la lengua tzotzil, no conocen nuestras costumbres y sienten un gran desprecio por el indígena. En los centros de salud nos tratan mal, no hay comunicación posible con el doctor; y así aunque sea muy buen médico no nos puede curar. Por eso no les tenemos confianza. Asimismo las enfermeras nos tratan como si fuéramos cosas. Por eso para nosotros la medicina del doctor es como si no existiera.

Los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestra costumbre y nunca tienen en cuenta la medicina de las yerbas. Un programa muy bien pensando que no lo lleva a efecto el personal preparado es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos somos de segunda categoría.

Además la medicina es muy cara. Es un negocio. A veces solo tenemos dinero para pagar la ficha, pero no para la medicina. Se nos vende la medicina mala o ya pasada que es ineficaz. Por eso nosotros no confiamos en la medicina de los doctores.

¹³⁹ Fuente: Lozoya y Zolla (1983: 11-13).

Medicina de yerbas

La medicina de yerbas es buena, pero no basta para combatir siempre las epidemias. Sabemos que de las yerbas sacan pastillas; pero nadie estudia nuestras yerbas para que nos digan cuáles son buenas y para qué.

De entre nosotros solamente unos pocos conocen las yerbas y no dan a conocer sus secretos. Pero la medicina de yerbas es buena y su modo de aplicar, sólo que hay abusos que nadie corrige.

Soluciones

Que haya un comité de salud en la misma comunidad, que vigile, eduque y reciba preparación de gente que conozca la medicina indígena y la medicina del doctor.

Que médicos y pasantes vayan al campo a trabajar con el deseo de ayudar a sus semejantes. Que se acabe la discriminación.

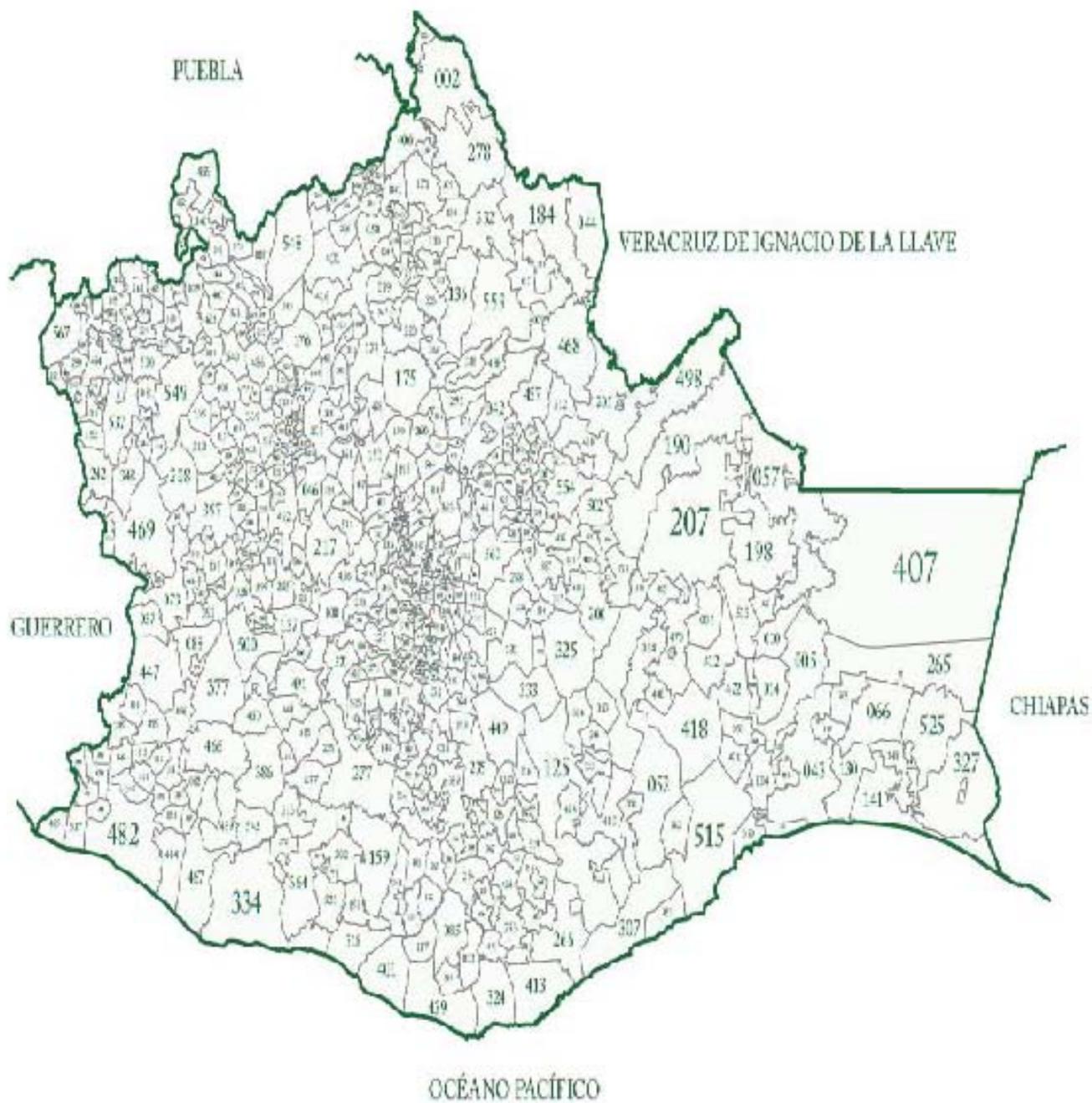
Que se oriente a los indígenas sobre higiene y medicina preventiva para que se acabe el miedo.

Que haya preparación de enfermeros indígenas y que no se les inculquen prejuicios contra la medicina indígena. Que se estudie el modo de integrar ambas medicinas con la colaboración de curanderos tradicionales.

Hacer una investigación seria de la medicina indígena y que la conozcan los doctores [sic]. Que los doctores nos traten como gentes y aprendan nuestra lengua.

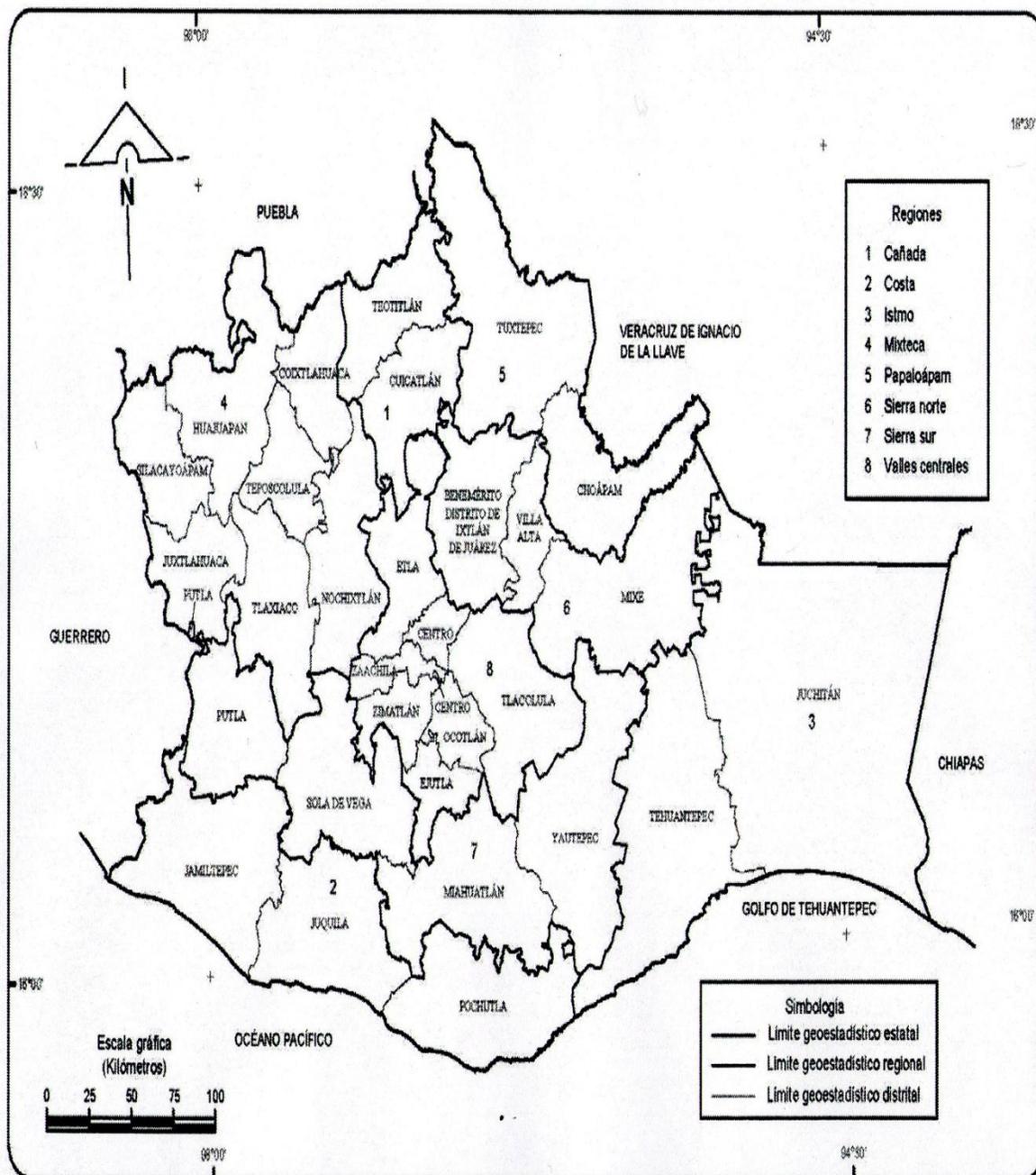
Anexo 5

OAXACA
División geostatística por municipio



Fuente: INEGI, 2011. *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010: Oaxaca, México*: INEGI.

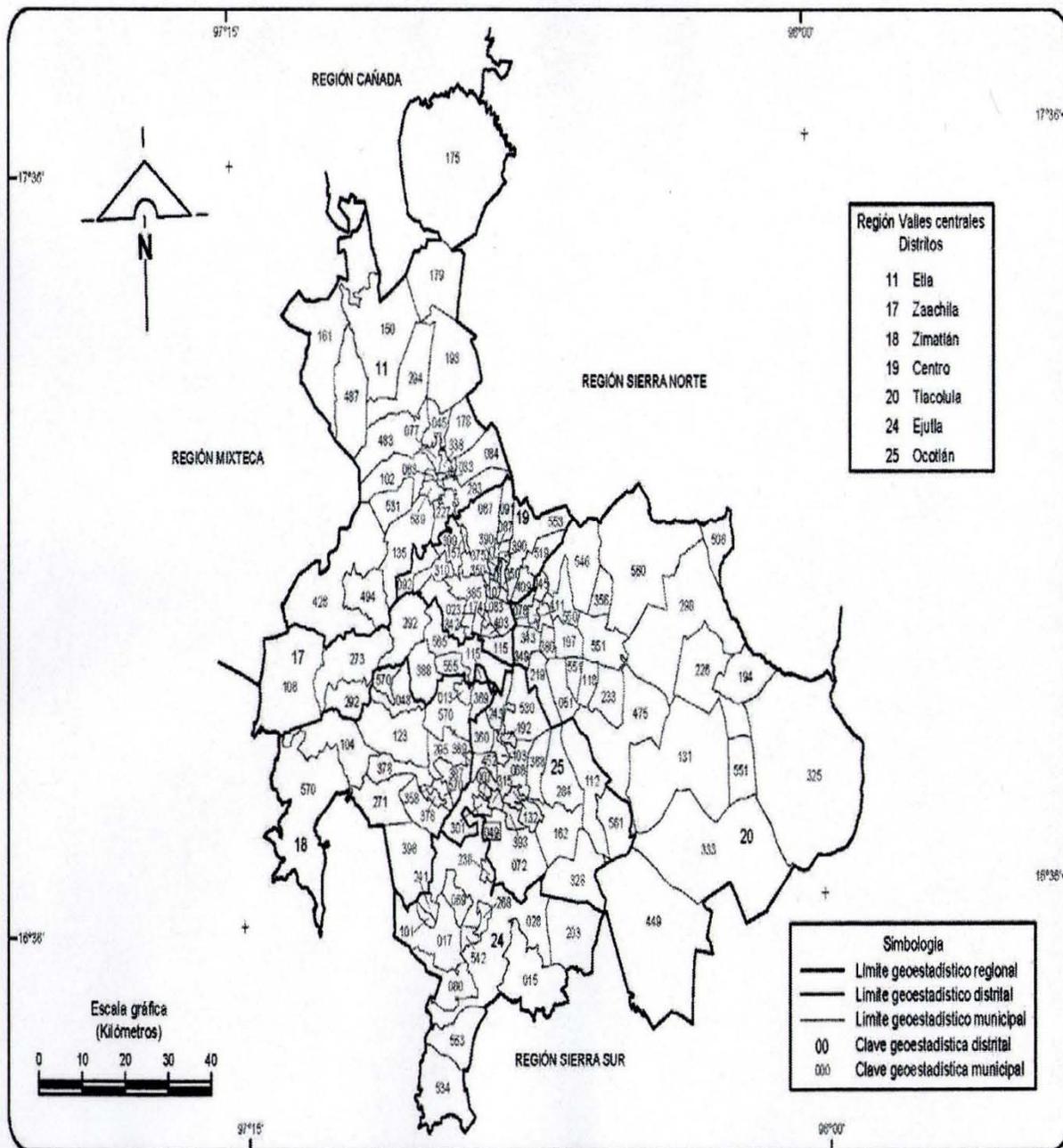
División geostatística municipal: regiones y distritos



NOTA: La división incorporada en este mapa corresponde al Marco Geostatístico del INEGI y no a la división político-administrativa del estado. El límite con el estado de Chiapas en su parte Norte fue adecuado a la división Político-Administrativa, de acuerdo a la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, 2002.

Fuente: INEGI, 2011

División geoestadística municipal: región Valles Centrales, Oaxaca, 2010.



NOTA: La división incorporada en este mapa corresponde al Marco Geoestadístico del INEGI y no a la división político-administrativa del estado.

Fuente: INEGI, 2011

Oaxaca y el pueblo zapoteco

El estado de Oaxaca colinda al norte con Puebla y Veracruz de Ignacio de la Llave; al este con Chiapas; al sur con el Océano Pacífico y al oeste con Guerrero (INEGI, 2012).

Este estado cuenta con 570 municipios, los cuales se distribuyen en ocho regiones, a saber: Cañada, Costa, Istmo, Mixteca, Papalóapan, Sierra Norte, Sierra Sur y Valles Centrales¹⁴⁰. En donde la mayoría de los habitantes radica en poblaciones con menos de 2 500 habitantes lo que traduce su composición mayoritariamente rural (52.7%).

La población que radica en este estado se registra en un total de 3 801 962 personas de los cuales 1 982 954 son mujeres y 1 819 008 son hombres. Oaxaca se caracteriza por ser el estado con mayor hablantes de lengua indígena en el país en 2010 con 1 165 186 personas de cinco años o más dice hablar una lengua indígena (34% de su población total)¹⁴¹, de lo cual 958 662 personas hablan también español (INEGI, 2011) -bilingües o hablantes de más de dos lenguas-.

Entre las lenguas que más se hablan son: las zapotecas con 371 740 personas (33.3%), las lenguas mixtecas con 264 047 (22.1%), el mazateco con 175 970 hablantes (14.5%) y el mixe con 175 970 personas (9.8%) (INEGI, 2011), como puede apreciarse en la gráfica 1.¹⁴²

De sus 570 municipios 106 de estos registran 90% o más hablantes de lengua indígena cantidad que se incrementa con el indicador de la autodescripción indígena que se consideró en el conteo de población de 2010¹⁴³ registrando que en 209 municipios el 90% o más de la población de 3 años y más que se considera indígena. (INEGI, 2011)

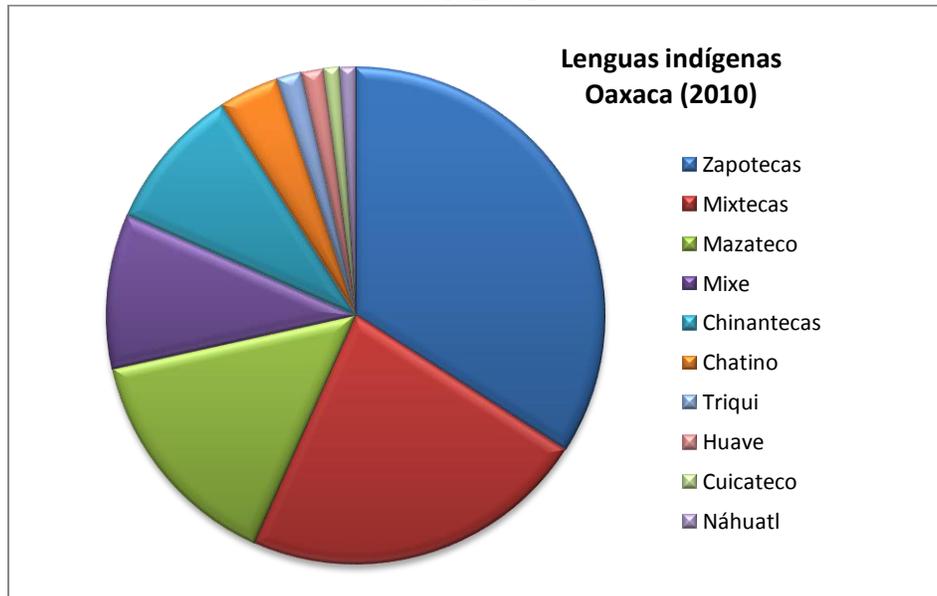
¹⁴⁰ Es la región de Valles Centrales el espacio de movilidad de una de las parteras que acompaña la investigación, ver Anexo 3.

¹⁴¹ Le siguen Yucatán (30.3%) y Chiapas (27.2).

¹⁴² El resto de las lenguas que se hablan son: Lenguas chinantecas (9.2%); Chatino 3.8%; Triqui 1.6%; Huave 1.4%; Cuicateco 1.0% y Náhuatl 1.0%. Con la nota del propio INEGI de que estas lenguas no abarcan el 100% debido a que no se grafican otras lenguas ni lo no especificado.

¹⁴³ Para el INEGI ello se define como el reconocimiento que hace una población de pertenecer a un pueblo indígena, con base en sus concepciones

Gráfica 1

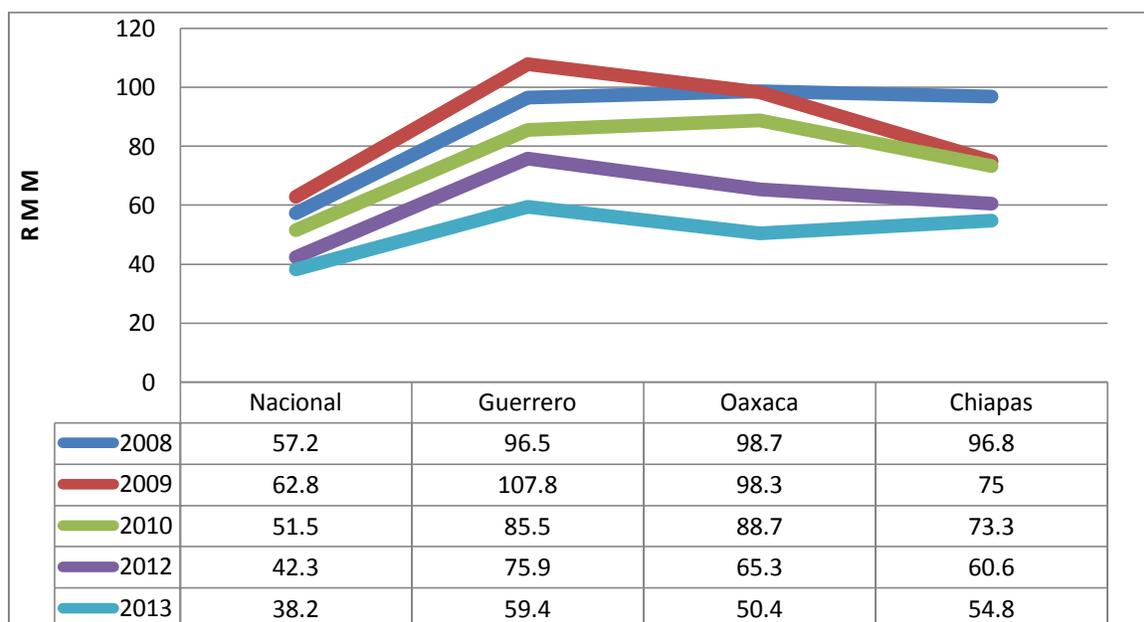


Uno de los puntos que por el momento interesa mencionar, además porque se relaciona con los pueblos indígenas es el que tiene que ver con la práctica de la partería y la emergencia de que se compartan los saberes y conocimientos de parteras comunitarias ante la problemática de *muerte materna* que viven mujeres indígenas en nuestro país, pues es este el rostro de esto que nos involucra a todos. Según Juárez, *et. al.* (2010) estas muertes maternas ocurren en su mayoría en mujeres indígenas del medio rural que viven en condiciones de pobreza, en comunidades pequeñas y aisladas, sin acceso real a servicios de emergencia obstétrica.

En 2010, Oaxaca registró una Razón de Mortalidad Materna (RMM)¹⁴⁴ de 89 mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio, lo que coloca al estado en primer lugar de muerte materna durante ese año, como lo muestra en comparativo la gráfica 2 donde aparecen los tres estados de nuestro país que han mantenido altos índices de muerte materna. Datos donde se observa la variación de dichos registros según el año.

¹⁴⁴ La Razón de Mortalidad Materna (RMM) se define como el número de defunciones de la población femenina, mientras se encuentre embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), en un determinado año, por cada 100 000 nacidos vivos en ese mismo año. (Freyermuth, G., 2012)

Gráfica 2. Muerte materna en México¹⁴⁵



De las mujeres que fallecieron de muerte materna en Oaxaca más de la mitad eran hablantes de una lengua indígena, lo que confirma la consideración anterior: de que el rostro de la muerte materna en México es un rostro de *mujer-indígena-pobre*.¹⁴⁶

Doña Agustina vivió desde muy pequeña dicho acontecimiento, asunto que hizo que su abuela la acompañara en su hacer-se partera:

(...) hay una historia muy grande en mi vida, siento que es un llamado de esta sabia naturaleza también, porque mi madre fallece al año y medio que yo tenía de vida y muere en manos de médicos, (...) y muere de parto...entonces a mí me ha quedado claro que el designio de mi madre es que yo ayude a las mujeres, esa es la gran tarea que me deja, no, y por eso yo lo hago con mucho gusto y cada que yo voy a llevar a una mujer yo la tengo presente (...) (Entrevista realizada el 29 de junio de 2012)

Posteriormente en una segunda entrevista ella reafirma su convicción:

¹⁴⁵ Gráfica elaborada con datos obtenidos de: Comunicación e Información de la Mujer A.C. CIMAC. En su página web: El Rostro de la Mortalidad Materna en México. (n.d.). Consultada en mayo de 2011. Disponible en: <http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx> y del Observatorio de Mortalidad Materna en México. *Índices de Mortalidad Materna 2009*. 2011. Consultado en junio 2011. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia-2009.html> y Freyermuth, G., Luna, M., y Ochoa P. (2011) *Mortalidad Materna en México. Numeralia 2010*, México: CIESAS/OPS/OMM, publicación en línea: <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia/132.html>, consultado en noviembre de 2012.

¹⁴⁶ Véanse Anexo 2 sobre consideraciones entorno las muertes maternas ocurridas en 2010, tabla 1 a nivel nacional, tabla 2 en el caso de Oaxaca.

Cuando veía a una mujer embarazada me interesaba mucho, pues, yo siento que mi madre desde el cielo...fue algo muy difícil de superar, pero me marco para toda la vida, lo que me impulsó y decía:

-yo no estoy de acuerdo de que las mujeres se mueran. (Entrevista realizada el 2 de noviembre de 2012)

De ahí que se considere como uno de los supuestos de esta investigación que:

☉ *Parteras indígenas comparten sus conocimientos y saberes desde sus referentes histórico-políticos, desde su historia-personal y su historia-colectiva (como pueblo)*

En distintos momentos en que se ha podido conversar con Doña Agustina ella ha mencionado como referente de su práctica médico-educativa la región de los Valles Centrales de Oaxaca, aunque también ha mencionado que llegan a verla mujeres de distintos lados.

La región de los Valles Centrales de Oaxaca cuenta con 121 municipios, distribuidos en siete distritos (Etlá, Zaachila, Zimatlán, Centro, Tlacolula, Ejutla y Ocotlán), con 1,476 localidades, de estas 91% son rurales (1,343) y el 9% urbanas (133). (CIEDD, 2012)

La población total que habita en dicha región se ubica en 1,033,884 personas donde 546,668 son mujeres y 487,216 personas son hombres, registrando entre ellos 165,742 hablantes de una lengua indígena.

Los municipios con mayor población de esta región son: Oaxaca de Juárez con 263,357 habitantes; Santa Cruz Xoxocotlán con 77,833 y Santa Lucía del Camino con 47,356 personas.



Vendedora zapoteca del Istmo. Foto Carla Torres, INI (Barabas, 1999: 58)

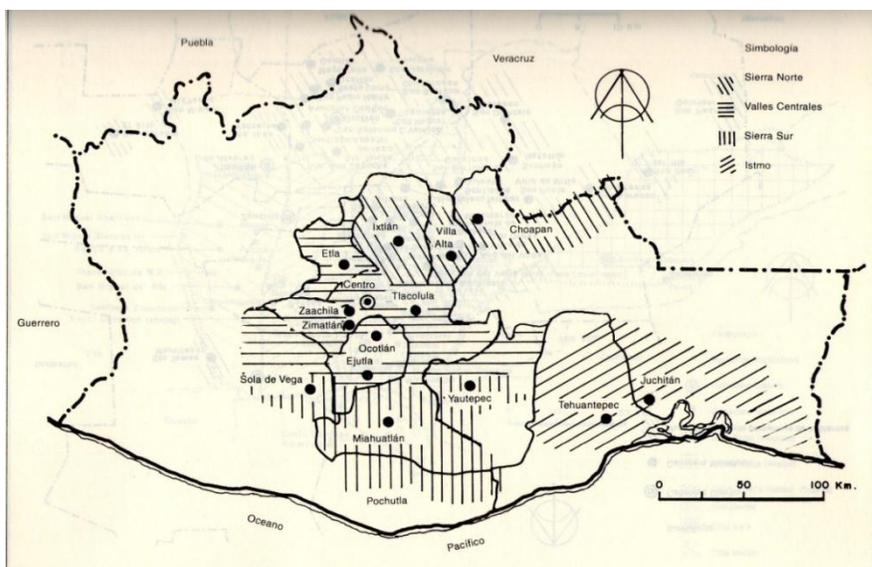
Pueblo zapoteco

Grupo étnico de nuestro país que posee una notable e importante diversidad lingüística que les permite dinamizar su cultura propia. El espacio que habitan se manifiesta en como una territorialidad no interrumpida por otros grupos étnicos en el estado de Oaxaca (Barabas, 1999), lo que los hace partícipes de diversos nichos ecológicos que culturizados les dan singularidad local y/o regional.

Hombres y mujeres de la *palabra verdadera*, como infiere Barabas (1999) de los etnónimos locales que circulan en poblados y regiones donde habitan.

Oaxaca es su espacio-territorio predominante (hábitat histórico), ellos y ellas se movilizan hacia otras entidades del país en busca de trabajo y mejores condiciones de vida, dirigiéndose hacia zonas de desarrollo industrial y con campos agrícolas (en entidades como: Veracruz, Estado de México, Baja California, Sinaloa y Distrito Federal) e incluso hacia zonas del norte de San Diego, Los Ángeles, Nueva Jersey, Washington y Oregon en los Estados Unidos; siendo los jóvenes varones quienes más emigran, participando con ello en el fenómeno migratorio presente y persistente en nuestro país, lo que los coloca como agentes portadores de remesas -que año con año envían a sus familiares y comunidades de sus lugares de origen o de residencia- poniendo en movimiento tanto a la economía local, regional como a la nacional; permitiendo que con ese ingreso familias y comunidades recreen algunos referentes culturales de reciprocidad equilibrada y/o cumplimiento de cargos y festividades; además, construyen extensiones del espacio simbólico propio a los lugares donde han emigrado y forman redes de ayuda mutua que reivindican su identidad étnica o una identidad abarcativa.

Ellos y ellas son los zapotecos. En el siguiente mapa (mapa 1), elaborado por Bartolomé y Barabas (1999), se perciben los territorios étnicos del estado de Oaxaca en el cual, el grupo zapoteco ocupa una amplia extensión interrumpida que, comparado con el mapa 2, se perciben las imposiciones geopolíticas y económicas externas y que, al ser consideradas por los grupos como elemento propio pasan a ubicarse como referente identitario local y regional. Por lo cual se diferencian zapotecos de Valles Centrales, de la Sierra Norte, de la Sierra Sur y del Istmo. Fronteras que denotan la presencia de relaciones intraétnicas e interétnicas que hoy en día recrean los habitantes de esa entidad. Un estar-siendo en la alteridad étnica.



Ámbito territorial zapoteco (Whitecotton, 1985 retomado en Barabas, 1999: 107)

Su hábitat histórico abarca aproximadamente el 12% del total de la superficie del estado y que, según Barabas (1999) puede incluso llegar a 20% considerando los territorios donde son este grupo es minoría.

Se distribuyen en cuatro de las ocho regiones económicas en que se divide el estado, a saber: Valles Centrales, Sierra Norte, Sierra Sur e Istmo de Tehuantepec. Las cuales toman en cuenta como uno de sus referentes diferenciales del vivirse zapoteco. Su lengua indígena posee cuatro variantes dialectales: la del Istmo, hablada en los distritos de Juchitán y Tehuantepec; la del Valle, empleada en los distritos de Tlacolula, Centro, Zaachila, Ocotlán, Ejutla y Etlá; el zapoteco del sur, hablado en los distritos de Sola de Vega, Miahuatlán, y parte de Yautepec; y el de la Sierra Norte, común en los distritos de

Ixtlán, Villa Alta y porciones de Choapan y Tuxtepec. En su mayoría (90%) son bilingües, además de su idioma materno también hablan el español, siendo las mujeres las que predominan (INEGI, 2011).

El término zapoteco proviene del vocablo náhuatl iztapotecatl, que significa "pueblo del zapote", denominación que impusieron los conquistadores mexicas a los pueblos del valle de Oaxaca. Sin embargo, los actuales zapotecos se llaman a sí mismos *ben 'zaa*, o "gentes de las nubes". Huelga decir que tal gentilicio cambia con las distintas variaciones lingüísticas: los pobladores de la sierra se autonombran *bene xon*, y los del istmo *binniza*. (BDMTM, 2009)



MANIFIESTO DE LAS PARTERAS DE OAXACA SOBRE LA
Atención Humanizada del Parto
A los servicios de salud de Oaxaca, a la opinión pública, a las mujeres de Oaxaca

NOSOTRAS, LAS QUE SUSCRIBIMOS ESTA DECLARACIÓN, PARTERAS INDÍGENAS TRADICIONALES DE OAXACA QUEREMOS MANIFESTAR

DESDE que la partería existe, hemos acompañado a las mujeres y bebés en un momento tan importante de su vida, sagrado y único.

NOS DA alegría saber que se tomaron decisiones para mejorar la forma de atender a las mujeres que dan a luz en un hospital o centro de salud.

A ESTA forma, respetuosa y cuidadosa, que ahora es llamada **Parto Humanizado** la recibimos con gusto y esperanza, ya que así será menos difícil para las mujeres acostumbrarse a la forma del médico cuando es necesario solicitar su ayuda.

NOSOTRAS, y antes de nosotras nuestras madres, abuelas, bisabuelas y tatarabuelas, siempre hemos atendido este momento sagrado de la vida de una mujer, con amor, respeto, conciencia y sabiduría.

SIEMPRE hemos acompañado a las mujeres en todo su trabajo de parto, sobándolas, acariciándolas, calentándolas, acomodando su bebé, cantándoles, dándole valor, meciéndolas, asegurando su bienestar y del bebé, vigilando que siempre ambos estuvieran fuertes, con ánimos y sin miedo.

ESTAMOS conscientes que la naturaleza tiene sus ritmos y tiempos que hay que respetar sin apresurar, sin forzar, dando valor al alma y no químicos al cuerpo.

HEMOS alimentado a las mujeres en trabajo de parto y les hemos dado tecitos y yerbas para darles mucha fuerza, para que no se cansaran pronto y lograran caminar el trecho de llevar al bebé a la luz, que a veces es un poco largo.

A NINGUNA mujer se le puede o debe obligar a estar en una posición para su trabajo de parto o para parir; que deben ser libres de moverse y tomar la posición más cómoda para ellas, pues su cuerpo le va a decir qué hacer, no nosotras ni nadie más.

NUNCA en la antigüedad una mujer cortaba el cuerpo de otra mujer. Estamos para curar y si es necesario ayudamos a que lo que se desgarró se cure y recupere; creemos que el cuerpo de las mujeres está hecho para parir y tenemos el tamaño que se necesita para esto, no necesitamos cortar para que el bebé salga.

LAS MUJERES que pueden moverse libremente saben cómo enfrentarse a su dolor, su parto es más corto y no se complica.

SIEMPRE hemos esperado a que el bebé esté rosita y respirando antes de cortar el cordón que lo tiene amarrado a la vida, al cuerpo de su madre, a la fuente de su alimento. El bebé nos avisa cuando está listo para respirar sin la ayuda de su mamá, y entonces es cuando lo separamos, pero sólo para que llegue al pecho de su madre, a escuchar su corazón, a ser acariciado, querido y admirado.

CUIDAMOS de la recuperación y la salud de la madre y de su bebé durante varias semanas después. Hacemos las ofrendas, cuidamos que la placenta se guarde bien y pedimos protección y bendiciones para el recién nacido.

CONOCEMOS varios secretos, remedios y maniobras para corregir alguna situación que puede hacer el parto más tardado o que puede ocasionar una complicación. Sobamos, manteamos, damos masajes, usamos nuestra voz, usamos las yerbas de nuestra Madre Tierra. Nuestras manos tienen ojos en cada dedo, nuestro corazón siente cómo se siente el corazón de la mujer y sabe acompañarlo.

SENTIMOS tristeza por la cantidad de mujeres a las que no se le da confianza en su propia fuerza para parir, a las que se les abre el vientre para una cesárea sin que lo necesiten realmente, quitándoles la oportunidad de comprobar la maravilla de sentirse una mujer dando a luz.

NOS DUELEN los bebés, que ya son demasiados, que no conocieron la forma de nacer de sus ancestros, que no nacieron junto al fuego o abriéndose camino solitos, sino sacados con fuerza y alejados de su madre.

CELEBRAMOS el despertar de la conciencia y que se empiece a reconocer que la naturaleza sabe lo que hace, que sólo hay que acompañarla, respetarla y aprender de ella.

FELICITAMOS por las iniciativas que se están tomando y que se recuerde que las parteras siempre hemos practicado el Parto Humanizado, no medicalizado, con acompañamiento, observación, respeto y sobre todo mucho amor.

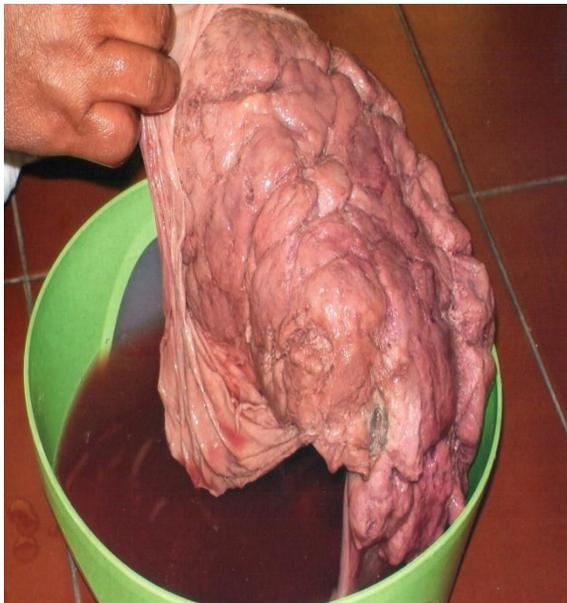
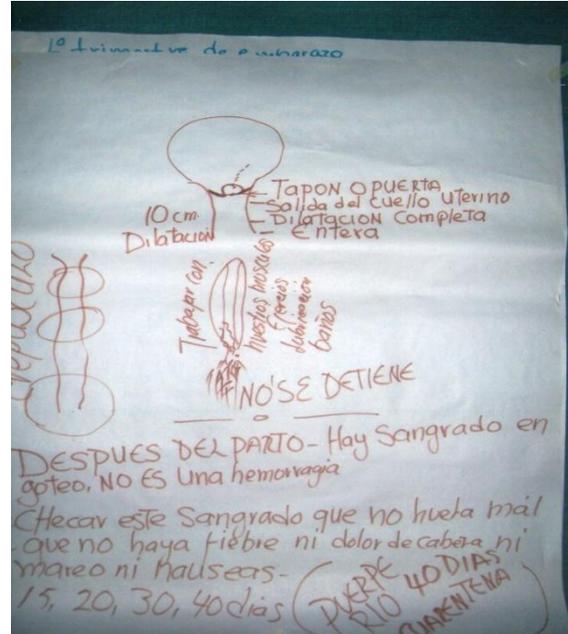
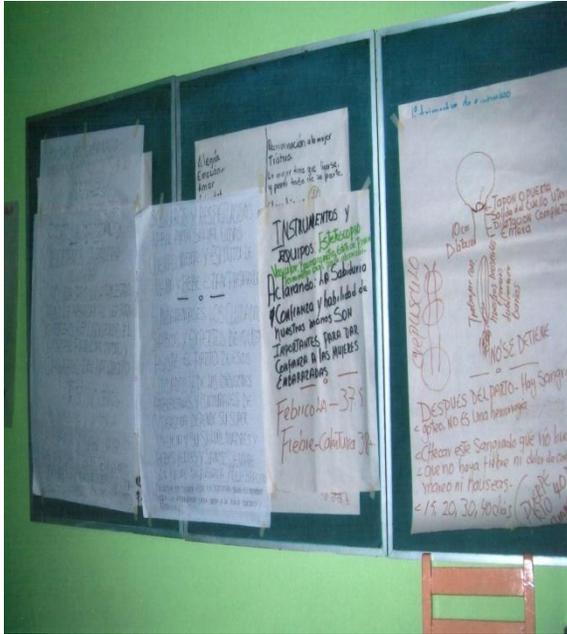
 Parteras del Comité Estatal de Médicos Indígenas Tradicionales de Oaxaca (cebito)
Parteras del Centro de Iniciación a la Partería Luna Llena
Parteras Independientes

Propuesta impulsada por Nueve Lunas S.C.

POE: INFORMACIÓN Y SUMATE A LAS FIRMAS: nuevelunas9@hotmail.com

Anexo 7

Taller dirigido a promotores y promotoras de salud de la región mixteca de Oaxaca, abril de 2010



Anexo 8

Encuentro Salud en Manos del Pueblo Región Sur de Oaxaca, marzo de 2013

Imagen 1. Sierra Sur, Oaxaca.



Imagen 2. Encuentro de Salud.



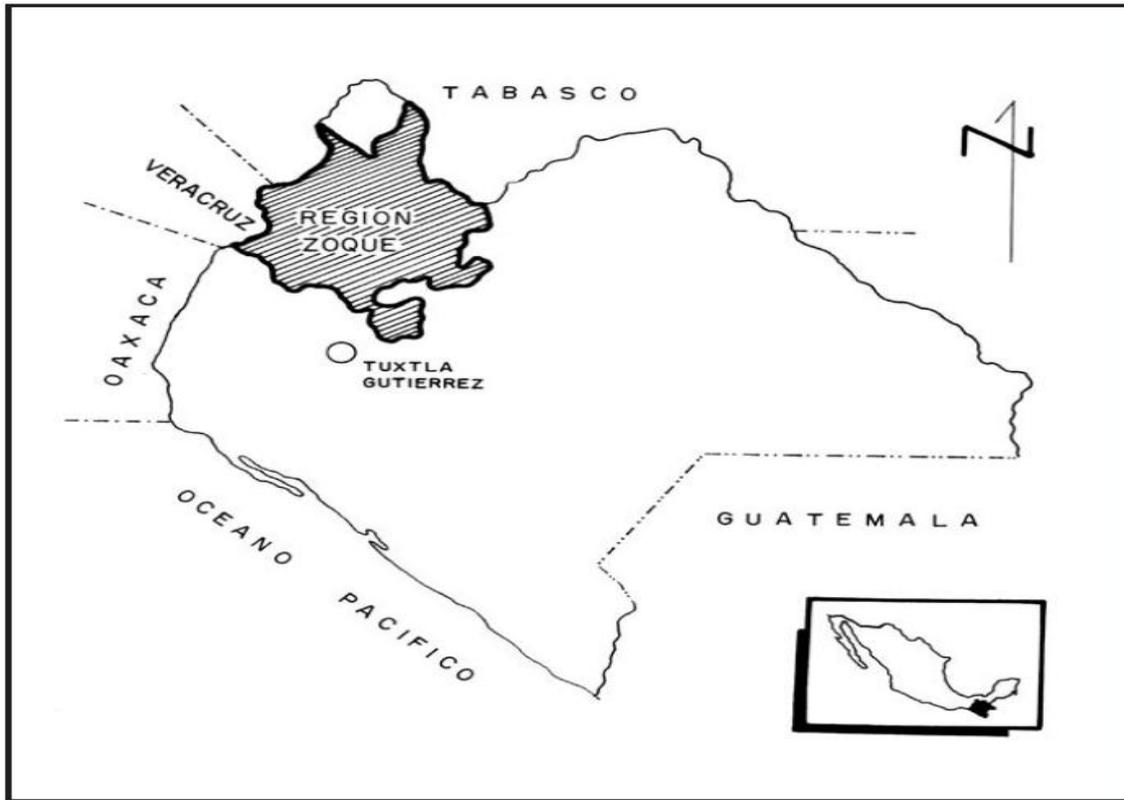
Imagen 3. Tema del Encuentro de Salud.



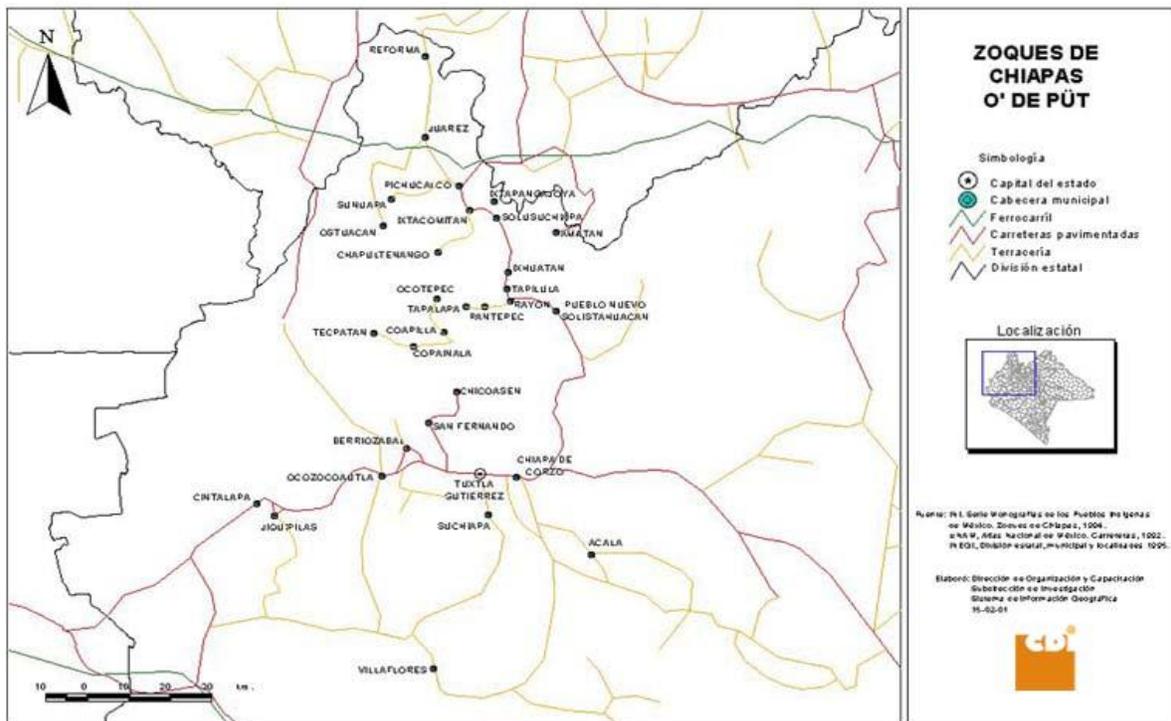
Imagen 4. Altar nahua Puebla.

Anexo 9

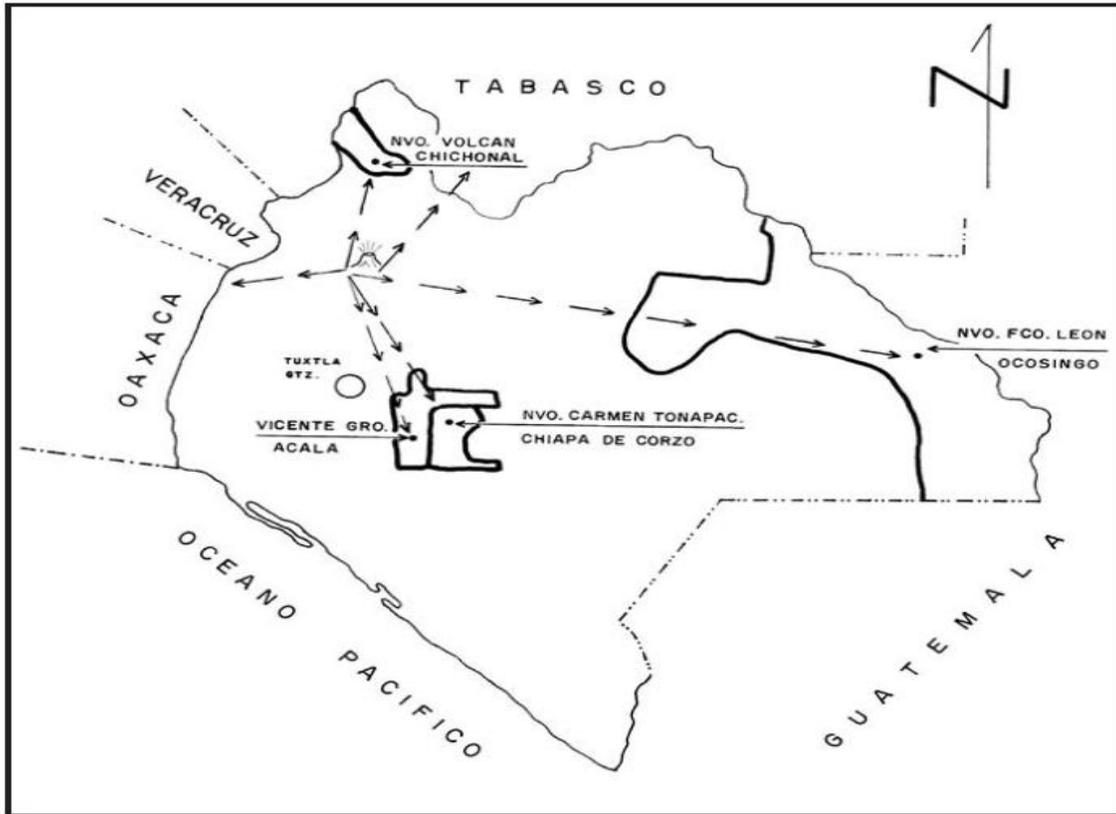
Ubicación del pueblo zoque de Chiapas



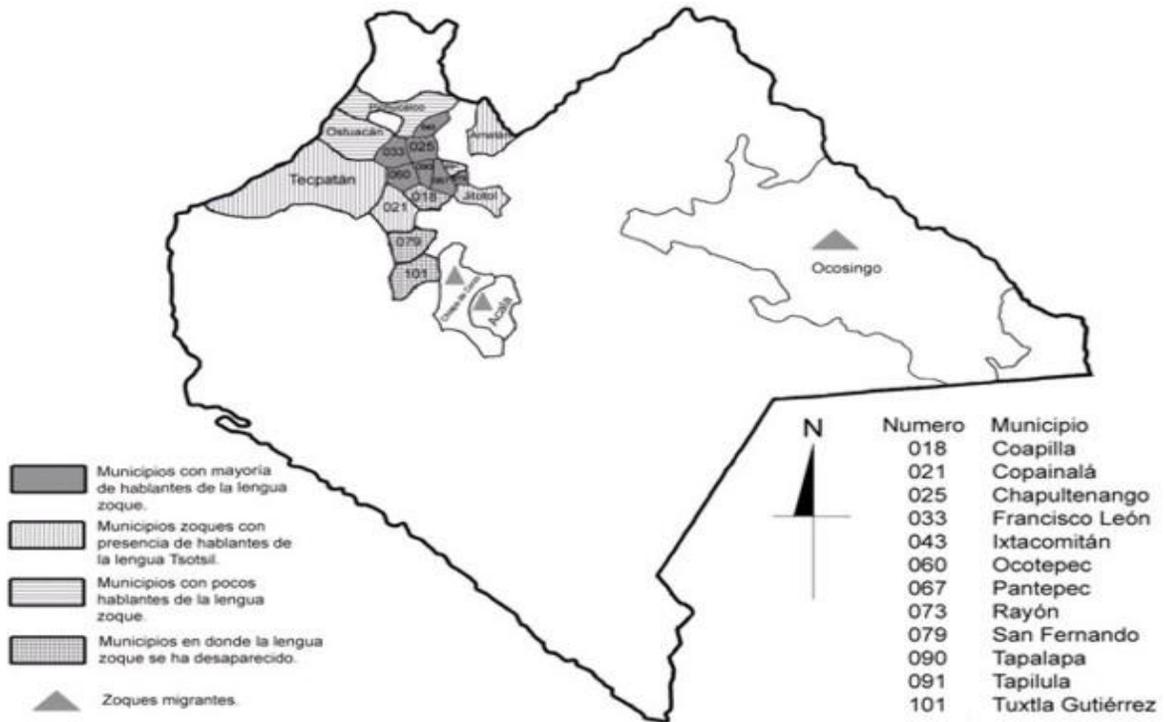
Reyes Gómez, 2007: 25



Migración de pueblos zoques a consecuencia de la erupción del volcán Chichonal, marzo de 1982



Reyes Gómez, 2007: 26



Fuente: Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas (2014), disponible en: <http://www.celali.gob.mx/loszoques-ubicacion.htm>

Anexo 10

ENCUESTA A PARTERAS COMUNITARIAS EN MARCO DEL PSCMC

ENCUESTA INICIAL DE EVALUACION PARA PARTERAS

IDENTIFICACIÓN DE LA PARTERA:

Nombre: _____ Edad: _____
 Comunidad: _____
 Escolaridad: Lee _____ Escribe _____ Grado Aprobado _____

EXPERIENCIAS DE TRABAJO:

- 1.- ¿Desde cuando atiende partos?
- 2.- ¿Cómo aprendió a atender partos?
- 3.- ¿Cuántos partos ha atendido en el último semestre?

								TOTAL
Partos Atendidos C - P o T								
Llevaron Control P - M o PM								
Complicaciones en el parto *								
Complicaciones en Puerperio. *								
Se Traslado*								
Muerte Materna*								
Muerte del Recién Nacido*								

***ESPECIFIQUE:**

¿Cómo le maneja a la mujer al atenderla?

- 4.- ¿Notifica los partos que atiende a alguien?
- 5.- ¿Conoce a las embarazadas de su comunidad?
- 6.- ¿Esta enseñando a otra persona la profesión de partera? ¿A quien?
- 7.- ¿Qué usa para atender el parto?
- 8.- ¿Qué aseo hace a la madre antes del parto?
- 9.- ¿Cómo revisa a la embarazada?
- 10.- ¿Si soba a la embarazada cada cuanto lo hace?
- 11.- ¿Cómo y con que corta el ombligo del R.N.?
- 12.- ¿De que largo lo deja?
- 13.- ¿Qué hace con el?
- 14.- ¿Qué hace con la placenta?
- 15.- ¿Si tarda en salir la placenta que hace o que remedio le da?
- 16.- ¿Inyecta a la madre antes o después del parto? ¿Qué le inyecta?
- 17.- En caso del sangrado ¿cómo lo para?
- 18.- ¿Qué recomienda para el cuidado y alimentación de la madre después del parto?

RESERVACIONES:

- 19.- ¿ Qué recomienda para el cuidado y alimentación del R.N?

- 20.- ¿Cuándo manda a la madre al hospital?
- 21.- ¿Le pide que se ponga la vacuna del tétanos?
- 22.- ¿Recomienda algún método de planificación familiar?
- 23.- ¿Pesa al bebe, como lo hace?
- 24.- ¿Qué plantas usa más para tratar a las mujeres durante el embarazo?
- 25.- ¿ Qué plantas usa más para tratar a las mujeres después del parto?

MOTIVACIÓN:

- 1.-¿Recibió algún curso sobre partos alguna vez?
- 2.-¿Cuándo lo recibió?
- 3.-¿Quién lo impartió?
- 4.-¿Le gustaría seguir recibiendo cursos? ¿Qué le gustaría aprender?
- 5.-¿Cómo le pagan su trabajo de partería?

IMPACTO:

- 1.-¿Solo la buscan las mujeres embarazadas o en general todo tipo de mujer?
- 2.-¿Qué enfermedades atiende mas en mujeres?
- 3.-¿Qué enfermedades atiende mas en bebés?
- 4.-¿De que forma ayuda su trabajo en la comunidad?
- 5.-¿ Que hace cuando no puede tratar una enfermedad?

OBSERVACIONES:

*ESPECIFICAR

Anexo 11

PLAN DE FORMACIÓN PARA PARTERAS COMUNITARIAS

Módulo 1. Embarazo

- Control Prenatal.
- Diagnóstico oportuno de problemas en el embarazo.

Módulo 2. Parto

- Atención de parto.
- Distocias.
- Aseo y limpieza durante la atención.
- Atención del recién nacido.

Módulo 3. Enfermedades relacionadas con el proceso reproductivo

- Enfermedades ginecológicas.
- Enfermedades más comunes del hombre.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Embarazo normal y patológico.

Anexo 12

**Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas
Subprograma de Parteras**

Comunidad. _____ Fecha. _____
Nombre Partera. _____ Nombre Paciente. _____ Edad. _____

Posición	Peso al Nacer	Nacimiento	Sangrado	Madre Después del Parto	Atención del Parto	Métodos Anticonceptivos
 <input type="checkbox"/> Cabeza	 <input type="checkbox"/> Alto	 <input type="checkbox"/> Llanto fuerte	 <input type="checkbox"/> Normal	 <input type="checkbox"/> Normal	 <input type="checkbox"/> Casa	 <input type="checkbox"/> Pastillas  <input type="checkbox"/> Dispositivo  <input type="checkbox"/> Condón  <input type="checkbox"/> Inyección
 <input type="checkbox"/> Nalgas	 <input type="checkbox"/> Bajo	 <input type="checkbox"/> Sin llanto ó débil	 <input type="checkbox"/> Normal	 <input type="checkbox"/> Fiebre	 <input type="checkbox"/> Casa de Salud	<input type="checkbox"/> Inyección Control Médico Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
 <input type="checkbox"/> Atravezado	 <input type="checkbox"/> Niño	 <input type="checkbox"/> Muerte	 <input type="checkbox"/> Abundante	 <input type="checkbox"/> Muerte	 <input type="checkbox"/> Traslado	<input type="checkbox"/> Inyección Control Médico Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
 <input type="checkbox"/> Gemelos	 <input type="checkbox"/> Niña	 <input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Abundante	 <input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Traslado	Marcar con una <input checked="" type="checkbox"/> según el caso.