



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE POSGRADO DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

DISCURSOS DE LA PARTERÍA. EXPERIENCIAS Y SIGNIFICACIONES DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN PARTERAS PROFESIONALES EN LA CIUDAD DE MÉXICO

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ESTUDIOS POLÍTICOS Y SOCIALES

PRESENTA:

ANA CARMEN LUNA MUÑOZ

TUTORA: JOAQUINA ERVITI ERICE

CRIM

CIUDAD UNIVERSITARIA. CDMX.

NOVIEMBRE 2018



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.

Índice

INTRODUCCIÓN: UN POCO DE HISTORIA DE LA PARTERÍA, LA MEDICINA Y LO FEMENINO	3
CAPÍTULO 1. LA PARTERÍA PROFESIONAL	12
LA EXCLUSIÓN DE LAS PARTERAS	12
HISTORIA DE LA PARTERÍA PROFESIONAL EN MÉXICO: EJEMPLO DE PROFESIONALIZACIÓN Y EXCLUSIÓN	18
EL <i>SUBCAMPO</i> DE LA PARTERÍA PROFESIONAL CONTEMPORÁNEA	25
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y DISEÑO METODOLÓGICO	37
RELACIÓN SABER-PODER Y BIOPOLÍTICA	38
LO PROFESIONAL	41
NORMATIVIDADES DE GÉNERO EN TORNO AL EMBARAZO, EL PARTO Y LA MATERNIDAD	42
LA FUNCIÓN DE LAS NORMATIVIDADES DE GÉNERO EN PROFESIONALES DE LA SALUD	48
DISEÑO METODOLÓGICO: EL ENCUENTRO CON EL PROBLEMA	51
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	54
OTROS RECURSOS METODOLÓGICOS	59
UNIDAD DE ESTUDIO Y DE ANÁLISIS	60
CAPÍTULO 3. FENÓMENOS CONTEXTUALES QUE FAVORECEN LA EMERGENCIA DE LA PARTERÍA PROFESIONAL CONTEMPORÁNEA	63
CRISIS DE LA MEDICINA: EL PODER DE LA MEDICINA Y LA MEDICALIZACIÓN DEL PARTO	63
LA MIRADA SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO	67
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, UN POCO DE HISTORIA Y CONTEXTO	73
MEDICINA ALTERNATIVA	74
CAPÍTULO 4. RESULTADOS: NARRATIVAS DESDE LA PARTERÍA PROFESIONAL	81

PERFIL DE LAS PARTICIPANTES	81
NARRATIVAS DE PARTERAS PROFESIONALES	85
ITINERARIOS DE VIDA Y PROFESIONALES. “EL DESTINO” DE LA PARTERÍA	86
EL <i>SUBCAMPO</i> DE LA PARTERÍA PROFESIONAL	96
EDUCANDO: MANDATOS DE GÉNERO DESDE LA PARTERÍA	111
CONSIDERACIONES FINALES	117
LA CONSTRUCCIÓN DE UN <i>SUBCAMPO</i>	117
DISCURSOS Y SABERES	121
BIBLIOGRAFÍA	130
<hr/>	
ANEXOS	140

Introducción: un poco de historia de la partería, la medicina y lo femenino

Hoy en día la palabra partera suena muy familiar en ciertos sectores urbanos. Para muchas mujeres ciudadanas que son madres o bien, para personas que están relacionadas con los procesos de la maternidad no es nuevo que exista la opción de parir en casa auxiliada por una partera profesional con conocimientos médicos.

Este tipo peculiar de partería está cobrando cada vez más presencia en nuestro país y en América Latina¹. En México, hay por lo menos ocho organizaciones de la sociedad civil que fomentan la partería profesional de diversas maneras². También, ha recibido impulso desde la Cámara de Diputados y la Comisión Nacional de Derechos Humanos; incluso la Norma de Salud 007 que rige en México todo lo referente a la atención del parto, embarazo y puerperio, ha adoptado parámetros promovidos por la partería³ en el mundo. Este impulso ha sido favorecido por la Organización Mundial de la Salud, que se ha pronunciado a favor de que los países tomen medidas que promuevan la partería y argumenta que es una forma de cuidar la salud materno-infantil⁴.

¹ Una muestra es que en el año 2000 se fundó la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) que tiene presencia de asociaciones de 22 países, la mayoría de esas organizaciones impulsadas por parteras profesionales.

² Estas organizaciones son: Mujeres Aliadas, Osa Mayor, Asociación Mexicana de Partería, Luna Maya, 9 Lunas, CASA, Parteras de hoy y Cimi Gen.

³ Se habla de favorecer la seguridad emocional de la mujer, de propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico. De respetar la posición en que la embarazada se sienta más cómoda para parir y del pinzamiento y corte del cordón umbilical tardío. Elementos todos sostenidos y promovidos por la partería profesional.

⁴ Cuidados en el parto normal: Una guía práctica, informe presentado por el grupo técnico de trabajo. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1996 Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf

De igual forma, la Organización Panamericana de la Salud ha publicado dos ediciones de “Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional⁵” y la UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) publicó en 2014 el documento “Estado de las parteras en el mundo: oportunidades y retos para México”, en el que se habla tanto de la partería profesional, como de la tradicional.

Las mujeres que atienden su embarazo y parto en este modelo, suelen ser mujeres profesionistas de clase media. Para este sector la idea de la partera se aleja de la imagen de una mujer marginal (Davis-Floyd, 2007). El enorme interés que ha suscitado la partería profesional en el mundo es un tema que merece atención, ya que implica un cambio en la forma de entender el embarazo y el parto. Este evento femenino es un tema poco tratado desde las ciencias sociales, sin embargo, es un ejemplo de políticas de salud dirigidas a las mujeres y que expresan una visión cultural de lo femenino. El parto es también un fenómeno económico que representa intereses para las grandes empresas farmacéuticas y para los centros privados de atención al nacimiento.

La partería y todas las prácticas circundantes que son referentes propios de un grupo, aparecen como reveladoras de modos de pensar en ciertos contextos, de conceptualizar lo femenino y expresarlo en prácticas que bien vale la pena analizar. El movimiento de parteras, que se alza a la defensa de este modelo de atención, y los discursos en los que se sostiene son aspectos destacados en el contexto citado: las parteras profesionales hablan de las capacidades del cuerpo de la mujer, de la reapropiación del parto, del “robo” de la medicina, de la espiritualidad de la partería.

⁵ Montevideo: Organización Panamericana de la Salud; El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva; 2010.

Dada la relevancia numérica de partos ocurridos en la Ciudad de México, la existencia de formas de parir alternas a la atención hospitalaria se presenta como una opción para las mujeres, configurándose así, como una práctica que “enfrenta” a la medicina y su poder. Pensar cómo a la luz de los discursos de la partería se lee la maternidad y los derechos reproductivos, temas de inmensa trascendencia en la conformación de la vida de las mujeres, se vuelve necesario.

Considerando lo anterior, este trabajo busca desentrañar los elementos sociales, culturales y políticos con que están configurados los discursos de la partería profesional. Discursos de corte especializado y de conocimientos teórico-prácticos, como de representaciones sobre el cuerpo, la maternidad, el parto y los derechos reproductivos de las mujeres, así como discursos hechos desde sus experiencias en la atención a mujeres embarazadas. Otro interés de este estudio es dar cuenta de los encuentros y desencuentros en los discursos en parteras profesionales en la Ciudad de México.

En otras palabras, lo que me motivó a la realización de este trabajo fue comprender el fenómeno de la partería desde la interpretación que las parteras y aquellas personas inmersas en la partería profesional hacen desde la práctica, y situarla social e históricamente.

Para contextualizar mi tema, en el capítulo dos, examino y narro cómo es que la partería llegó a ocupar un papel subordinado en la atención del parto con respecto a la medicina. Antes de la modernidad las parteras eran las principales encargadas de la atención al parto. Su desplazamiento no fue un proceso natural, sino que formó parte de la consolidación del estado moderno y su búsqueda de profesionalización. En Europa la

exclusión de las parteras se hizo en nombre de lo profesional, pero también se acompañó de una persecución y acusación de las parteras.

Desde el siglo XVIII y como una medida promovida desde la corona española en México, se buscó regular a la partería y excluir de ella a mujeres indígenas; ya en ese momento se desprestigiaba a la partería y se promovía la atención del parto por médicos, especialmente entre las clases altas. En el siglo XIX la formación en partería se impartió de manera oficial y apegada a la medicina, lo que marcaba un espacio legítimo para esta y uno ilegítimo para el ejercicio de la partería tradicional (ilegítima en términos oficiales, pues la partería tradicional contaba con la aceptación social). En los hospitales, eran las parteras las encargadas de la atención al parto, sin embargo, poco a poco en todas las universidades que impartían la carrera de medicina se fue introduciendo la formación en obstetricia y los médicos empezaron a atender los partos en los hospitales. La atención de las parteras fuera de los hospitales se prohibió, las plazas de las parteras se congelaron y finalmente desapareció la formación oficial en partería (Carrillo, 1999).

Estos son los antecedentes de la partería profesional contemporánea (PP) que es la que interesa a mi trabajo. Ésta es ejercida fuera de las instituciones de salud por mujeres que se han formado en conocimientos de medicina alópata y/o de diversos tipos de medicina alternativa. Ya sea que hayan estudiado la formación en partería directamente⁶ o que se hayan formado como enfermeras obstetras o perinatales. Estas mujeres se adscriben a un discurso que afirma que el parto es un proceso fisiológico que la mayoría de las mujeres puede tener sin complicaciones, por lo que se puede vivir en la casa de la

⁶ En el capítulo 2 veremos que hay diversas escuelas en donde se puede aprender la partería en el país y en el extranjero, también se aprende como aprendiz de parteras experimentadas.

parturienta de manera natural, sin medicamentos para acelerar el trabajo de parto; bastaría con ser auxiliada por profesionales que puedan actuar eficazmente en caso de alguna complicación. En el discurso de la partería profesional (PP) se afirma que las emociones y el estado de comodidad de la parturienta son muy importantes para el desenlace del parto, por lo que se pone atención en estos aspectos. Este tipo de partería muestra una abierta oposición y crítica a las rutinas atención hospitalaria del parto.

Las mujeres insertas en estos modos de pensar tienen referentes comunes, lo que me hace afirmar que hay una forma de pertenencia a un grupo dada por la posesión o no de diversos tipos de *capitales* como pueden ser sus saberes, experiencia, adherencia a organizaciones, etc. las parteras profesionales se configuran como un *subcampo* dentro del *campo* médico de atención al parto.

Para acercarme a las mujeres pertenecientes a ese grupo, decidí trabajar con entrevistas semiestructuradas que abrieran la posibilidad de entablar un clima de confianza que permitiera que las entrevistadas hablaran de sus experiencias de manera profunda y expresando aquello que les ha resultado significativo en sus vivencias. Asumí que en las entrevistas de tipo no estructurado es posible hallar que tanto lo afectivo como las experiencias son más determinantes de los comportamientos que aquello racional-intelectual (De Souza, 1995). También participé en redes sociales y en eventos que me permitieran observar cómo establecían relaciones, el tipo de información que compartían, lo que se privilegiaba en sus conversaciones e incluso lo que se expresaba en el arreglo de sus espacios.

Las agentes de mi investigación tienen ya establecida una cierta delimitación, un reconocimiento de “la comunidad de parteras” dentro de ese grupo. Me acerqué a

mujeres que atienden en el Distrito Federal. Estas parteras cuentan con distintos perfiles de formación (desde la enfermería o directamente en partería), de experiencia y pertenecen a diferentes generaciones. También entrevisté a 3 estudiantes de partería. Puse especial interés en el Distrito Federal, por ser el máximo centro urbano del país, con gran oferta de atención hospitalaria del parto, a diferencia del medio rural en el que la atención de parteras tradicionales o empíricas ha prevalecido.

Una vez recabada la información en el campo, para el análisis de las entrevistas utilicé el método de codificación propuesto por la llamada “teoría fundamentada”. Siguiendo este método, lo primero fue transcribir las entrevistas, notas de campo y los resultados de observaciones; posteriormente identifiqué puntos comunes y significativos que aparecieron con frecuencia, palabras y frases del propio vocabulario de mis informantes, así como temas previamente definidos por los intereses de mi trabajo. Cada uno de esos temas se transformó en un código o categoría guía, de esta manera pude agrupar todo lo que tenía de cada código y posteriormente analizar esa información. Por ejemplo, usé las categorías de “concepción del parto desde la partería”, “trayectorias profesionales”, “maternidad”, etc.

Ahora bien, para acercarme a mi tema desde una mirada sociológica me resultaron útiles aquellas teorías que me permitieron pensar a las parteras como sujetas insertas en relaciones sociales que otorgan determinados significados a la atención que brindan, significados que son resultado de factores económicos, culturales, ideológicos y políticos. Por ello, el análisis de las condiciones contextuales fue indispensable para captar e interpretar los elementos significativos de la atención del parto en este modelo de atención. En términos prácticos dicho análisis implicó poner atención a los procesos y

relaciones por los que los postulados, conocimientos y acuerdos dentro del discurso de la partería profesional resultan válidos en un contexto. Para ello acudí a categorías referentes a los mandatos de género, pues éstas desentrañan mandatos interiorizados que han direccionado el deber-ser femenino; estos mandatos pueden “colarse” entre quienes atienden los partos, por lo que identificar los mandatos alrededor de la maternidad fue necesario. De igual manera revisé teorías que han mirado la posibilidad del ejercicio de una maternidad elegida.

Las prácticas de las parteras profesionales tienen fundamento en toda una estructura de saberes de las parteras, lo que he llamado en este trabajo “profesionalización”, una formación que busca construir alternativas a la atención médica tradicional por lo que hablar de esas “otras prácticas” fue un tránsito obligado. Para estos puntos me apoyé en el trabajo de Foucault que desentraña el papel de la medicina en la vida cotidiana y sus alcances. También recurrí a estudios sobre el abuso y maltrato en la atención del embarazo y el parto (la llamada violencia obstétrica) y sobre el parto humanizado.

En el capítulo 3, partí del presupuesto de que la emergencia y recibimiento de este tipo de partería requiere condiciones especiales, condiciones que permitan que su discurso tenga resonancia social. Consideré que esas condiciones están relacionadas con la difusión de consecuencias negativas de las prácticas de alta medicalización (incluida la cesárea) y de la existencia y registro de maltrato en la atención del embarazo y parto; las nociones sobre el derecho a decidir sobre el propio cuerpo; y el auge de la medicina alternativa.

Por otro lado, la mayoría de las parteras profesionales utilizan recursos de sanación clasificados como prácticas alternativas de cuidados de la salud. Estos van desde la

herbolaria y la homeopatía hasta terapias físicas, de igual manera, la mayoría de mujeres que acuden a la partería tienen preferencia por los cuidados de salud alternativos, por lo que el auge de este tipo de cuidados de la salud es, me parece, una condición que favorece la emergencia de la partería profesional.

A partir de los temas rectores y de los hallazgos obtenidos en las entrevistas estructuré 3 categorías para el análisis de estas, el primero de ellos lo llamé “El destino de la partería” en él exploro la procedencia de las parteras entrevistadas, el camino que las condujo a la partería, pero sobre todo cómo se explican ellas mismas su inserción en este oficio. Algo interesante que encontré es que la mayoría de las mujeres de mi muestra tuvo una formación previa en alguna rama de la medicina. En relación con este punto exploré las significaciones que dan a su oficio, en las que expresan una concepción del parto, la maternidad y la partería que implica distintos tipos de contenidos que van desde lo político hasta lo espiritual.

El segundo punto es “La conformación de un *campo*”, aquí también ubiqué aquello que en los relatos de las mujeres hiciera alusión a la forma en la que se insertan en la partería, formación, relaciones y organizaciones en las que participan. Elementos que brindan a las parteras un mayor reconocimiento. La difusión de sus servicios, y todo el proceso desplegado para posicionar a la partería en general y para posicionarse cada una de ellas como parteras, también son explorados. Las parteras tienen una forma de trabajo, prácticas y saberes, diferentes que los de un médico ginecobstetra, así como toda una visión propia del parto; es ahí precisamente donde se sustenta el discurso de la partería. Dicho discurso direcciona la atención que ofrecen, la forma en que se relacionan con sus pacientes, los elementos que se valoran como importantes para que un parto sea exitoso.

Otro elemento que analizo aquí es la lucha por posicionarse como una opción de atención del parto con respecto a los profesionales de la medicina.

Otro punto por analizar en las entrevistas fue la transmisión de mandatos de género en el discurso de las parteras (conscientemente o no) a las mujeres atendidas, así como mandatos hechos hacia las parteras que construyen una forma adecuada de ser partera. Este punto me pareció de gran importancia, pues en la relación partera-paciente, al ser la partera poseedora del saber ocupa una posición que conlleva poder y desde ahí puede transmitir nociones sobre la maternidad y la crianza que resulten exigencias para las mujeres.

Esta es una mirada aérea sobre la construcción de mi trabajo, desde lo que me impulsó a realizarlo, en un inicio con una mirada ingenua, hasta los temas y teorías que poco a poco fueron ampliando el panorama de la partería profesional para poder mirar, desde la sociología de la salud y las teorías de género, el entramado de elementos sociales que configuran hoy a la partería y sus implicaciones diversas para las mujeres.

Capítulo 1. La partería profesional

(La) destructiva y temprana exclusión de las mujeres del ejercicio autónomo de la sanación fue un precedente violento y una advertencia para el futuro, que llegaría a convertirse en un tema de nuestra historia (Ehrenreich y English, 1981:8)

En este capítulo expondré cómo la medicina se estableció como el único saber legítimo respecto del cuerpo humano y sus procesos, y desde esa legitimidad hizo una definición de lo femenino, de procesos como el embarazo y el parto, y la atención más adecuada para ellos. Desde la historiografía médica se ha definido los límites de lo genuinamente médico y profesional, alejando a la medicina de otras actividades sanadoras, proyectando además una imagen profundamente androcéntrica. Esto ha sido cuestionado desde las primeras décadas del siglo XX por investigadoras europeas y norteamericanas que se dedicaron a la investigación histórica con el objetivo de construir genealogía de la práctica sanitaria femenina (Cabré y Ortiz, 2001). En esos estudios está basado el siguiente apartado.

La exclusión de las parteras

Históricamente las mujeres han tenido el papel de sanadoras. Conocedoras de sus propios procesos corporales, desarrollaron conocimientos respecto a cuidados, plantas medicinales y prácticas para procurar la salud, que fueron transmitidos y acrecentados por generaciones de mujeres. Entre las sanadoras figuraban las parteras, mujeres que contaban con conocimientos particulares para auxiliar a otras mujeres durante el embarazo y especialmente en el parto. Las parteras han sido parte primordial de las sanadoras en las comunidades rurales, siendo quienes ayudan y auxilian a otras mujeres

en su parto. Son mujeres que conocen formas para atender este proceso, así como las complicaciones o malestares que se pueden presentar. En los diferentes lugares, las parteras aprendieron a usar las plantas propias de su región, a adecuar los recursos con los que contaban y su atención se correspondía con las necesidades materiales y simbólicas de la comunidad. En la antigüedad, al ser parteras quienes ayudaban a nacer a los miembros de la comunidad, se les colocaba en un espacio de respetabilidad; incluso en algunas culturas se les consideró unidas a lo sagrado. El conocimiento de las parteras se transmitía de mujer a mujer, de madre a hija. El embarazo y el parto era “un asunto de mujeres”, y eran las parteras las que contaban con los conocimientos acumulados a lo largo de generaciones.

En contraste con los saberes de las mujeres sanadoras, antes de la modernidad los médicos (eran solo hombres) poseían nociones muy limitadas acerca del cuerpo humano, la disección de cadáveres estaba prohibida por la Iglesia y las prácticas y teorías respecto al cuerpo y su funcionamiento estaban basadas en ideas no comprobadas. Los llamados médicos regulares⁷, aunque poseían un título, trataban muchas de las enfermedades con tratamientos que frecuentemente resultaban letales o más perjudiciales que las propias enfermedades⁸. Los barberos cirujanos eran considerados artesanos más que personal sanitario y no aprendían su oficio a través del sistema de aprendizaje gremial (Sheridan, 2001; Ehrenreich y English, 1981).

En esta época las parteras experimentadas contaban con prestigio, podían dar licencias a otras parteras para ejercer o bien negarlas, había parteras reales y contaban incluso

⁷ Nombrados así en oposición al ejercicio de las medicinas irregulares, es decir que no contaban con estudios académicos, ni reconocimiento gremial. Estos médicos además eran de clase alta, por lo que estaban estrechamente unidos a la clase dominante y contaban con el apoyo de las leyes (Ehrenreich y English, 1981).

⁸ Sangrías, laxantes, calomel (un laxante que contiene mercurio) y más tarde opio.

con manuales hechos por ellas⁹. Los médicos también se beneficiaban de los conocimientos sistematizados de las parteras, acerca del cuerpo femenino y sus procesos (Sheridan, 2001).

Las parteras tenían sus clientas y su prestigio, lo mismo los médicos cuya aceptación social iba en aumento, pero los cirujanos barberos necesitaban un mercado para competir con los médicos, y se encaminaron hacia la partería para mejorar su estatus e incrementar su potencial de clientes. Cuando creció su reputación como expertos en la atención del parto y las enfermedades de mujeres, empezaron a establecer sus propias prácticas y hacerse de una clientela femenina invadiendo las esferas de médicos y parteras. Con el tiempo, las luchas entre médicos, cirujanos y parteras por el control de la atención sanitaria de las mujeres resultaron en una contienda entre médicos y cirujanos, marginando eficazmente a las parteras.

En el siglo XVIII quienes trataban sobre el parto eran todos cirujanos (ya no parteras, ni médicos). Ya en ese momento, los cirujanos parteros asistían principalmente a mujeres cercanas a la corte y las que residían en grandes ciudades, pero el grueso de las mujeres seguía siendo atendido por parteras. Las parteras sin duda representaban competencia para los médicos y cirujanos.

El control y posterior eliminación de la matronería (o partería) contó en diferentes momentos con el respaldo de los gobiernos europeos, se buscaba con esta medida reforzar los intereses del estado, en un momento en que la población comienza a ser un

⁹ Como el caso de Louise Bourgeois cuyo manual fue publicado en tres volúmenes (Sheridan, 2001).

asunto de interés nacional¹⁰, y se legisla respecto a embarazos, partos y el ejercicio de la partería. En estos asuntos la transición de los patrimonios familiares fue un punto de gran importancia principalmente para la nobleza y la burguesía.

Entre el siglo XVI y el XVII, los intereses económicos y patrimoniales de la burguesía, así como la necesidad de un grupo que viera por todo lo relacionado a la salud de la población y que tuviera cercanía a los estados en consolidación, actuaron conjuntamente para abrir a los médicos (hombres) el espacio femenino del parto. La población, los nacimientos y por lo tanto el parto cobran gran importancia, el nacimiento dejó de ser un asunto privado para convertirse en un tema de interés público. De esta manera el Estado optaba por un modelo de poder político íntimamente unido a la autoridad masculina, a valores como “lo profesional”. La profesionalización fue parte de la conformación del Estado liberal y secular, y la medicina se adecuaba al nuevo modelo estatal (Foucault, 1996; Sheridan, 2001; Ortíz, 2001).

A pesar de los precarios conocimientos teóricos y prácticos de la medicina en esa época se llevó a cabo una “legítima exclusión” de otro tipo de sanadoras, siendo un elemento indispensable para que los médicos se posicionaran como profesionales. Estos procesos se vinculan con la persecución de mujeres sanadoras llevada a cabo bajo la acusación de ejercer brujería (Ehrenreich y English, 1981). No todas las sanadoras y parteras fueron eliminadas, algunas siguieron practicando su profesión, pero debieron hacerlo en el marco de los límites que definían su papel para no ser fácil y rápidamente destruidas.

¹⁰ Un ejemplo es lo sucedido en Francia en el siglo XVI, cuando el gobierno empezó a regular las costumbres reproductivas, se aprobó un edicto que prohibía a las mujeres esconder sus embarazos o tener partos sin testigos, también se exigió a las mujeres solteras o viudas que realizarán declaraciones oficiales de sus embarazos. Los sermones de los párrocos debían abordar el tema del embarazo clandestino

Estas mujeres que contaban con prestigio, a la larga fueron consideradas profesionales marginales en la comunidad médica (Sheridan, 2001).

Si miramos la trayectoria de las mujeres en la sanación, en contraste con la incipiente profesión médica, resulta llamativo que una vez que aparecieron las universidades, los médicos fueron proclamados como los únicos autorizados para atender lo referente al cuerpo y a la salud. Y más llamativo aún resulta que entre las disposiciones de la institución médica, se estableció que las mujeres no serían aceptadas como estudiantes de tal profesión, hecho solo comprensible por la alianza que la iglesia y el estado tuvieron con los médicos. Como argumento de esa decisión se usó la identificación mujer-sentimientos, hombre-razón, ciencia-varón, superstición-mujer, los primeros dos binomios directamente vinculados a la época moderna, y los segundos con una formación que viene desde la Edad Media.

A las mujeres se les permitió participar en la medicina solo estando subordinadas a los médicos, como sus ayudantes o bien de forma independiente, pero sin participar del prestigio de la medicina moderna. Estaba el servicio de las mujeres sanadoras para atender a la población pobre que no podía pagar la atención de médicos, y a veces siendo acusadas y perseguidas. A las parteras se les ha negó el estatus de profesionales (Cabré y Ortiz, 2001).

A finales del siglo XIX ocurrieron dos sucesos sumamente importantes para la medicina, uno de ellos fue el soporte científico proveniente de la teoría microbiana de las enfermedades, desarrollada por biólogos, el otro elemento fue el descubrimiento de lo antiséptico. Con estos elementos se constituyó el punto de fractura más significativo respecto a otras prácticas curativas y es en función de ese criterio que la medicina se

establece como una disciplina con bases científicas (Lorber y Moore, 2002; Foucault, 2006). Desde ese momento lo científico cobró gran importancia en la sociedad y la medicina ocupó un papel de legitimidad y respetabilidad.

Desde la medicina, la biología y la psicología, disciplinas aliadas, se ha construido a las mujeres cómo seres débiles necesitadas de cuidados. Las diferencias biológicas fueron entendidas como esenciales y jerarquizadas, al describir lo propio y específico de las mujeres como inferior a lo propio y específico de los hombres. Así entre los argumentos para impedir que las mujeres estudiaran se decía que su cerebro era más pequeño y su cuerpo más débil, pero también se hacían notar argumentos de corte social y político, como que la mujer culta tendría dificultades para casarse, que la emancipación de la tutela del marido y el pretender la igualdad de derechos traería perturbaciones a la familia (habría que decir también que a la propiedad privada) por lo que la sociedad entera sería perjudicada. La burguesía era la representante, mantenedora y reproductora de este modelo del ideal femenino (Laqueur, 1990).

Los procesos narrados tuvieron cabida en Europa, pero México al haber sido colonia española, acató las mismas disposiciones en materia de sus sanadores y más adelante como nación independiente se siguió una orientación política acorde con las tendencias dominantes. En el siguiente apartado desarrollaré este tema con mayor detalle. Por ahora la intención era mostrar que la partería ha estado en la mira del estado desde épocas muy tempranas y que la exclusión de las mujeres de la atención del parto ha sido parte de una serie de cambios motivados por la búsqueda de conformación de un determinado tipo de sociedad.

Historia de la partería profesional en México: ejemplo de profesionalización y exclusión

En México los antecedentes de regulaciones del ejercicio de la partería datan de 1750, cuando se ordenó que en España y sus dominios las parteras fueran examinadas y vigiladas por el Real Protomedicato¹¹. A las parteras se les informó¹² que en ciertos partos tenían la obligación de acudir a un cirujano (León, 1910, citado en Carrillo, 1999).

Para ser examinadas, las parteras debían haber estudiado cuatro años con algún maestro aprobado, presentar certificado de pureza de sangre y testimonios de buena conducta, además de depositar 63 pesos (León, 1910 citado en Carrillo, 1999: 168), lo que nos habla de que sólo cierto tipo de mujeres eran deseables como parteras, mujeres no indígenas, no analfabetas y con un comportamiento acorde a las exigencias hacia lo femenino. La dificultad para cubrir esos requisitos puede explicar porque hasta su extinción en 1831, el Protomedicato en México extendió sólo dos licencias para ejercer la partería (Carrillo, 1999). La exclusión de mujeres indígenas y la demanda de un cierto tipo de comportamiento moral, pone en operación prácticas asociadas con el supuesto de su condición de seres inferiores. Hay una serie de requerimientos específicos para las mujeres, que nos demuestran la condición de género como diferenciada y evaluable (Bourdieu, 2000; Laqueur, 1990).

La medicina en México estaba consolidándose rápidamente como profesión con prestigio entre las clases altas. La visión que se tenía de la partería desde la institución de la

¹¹ El Real Tribunal del Protomedicato tenía la tarea de vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias (médicos, enfermeros, cirujanos y farmacéuticos) y la formación de los profesionales en estas áreas. Originalmente fundado en España en el siglo XV; en el siglo XVI se extendió a las colonias.

¹² Por medio de cartillas que llegaron en los siglos XVIII y XIX a la Nueva España. (Pérez y Castañeda, 2012).

medicina se expresa en la declaración hecha desde 1772 por un médico de apellido Bartolache en el primer periódico del país dedicado a las ciencias médicas en el que señalaba que (...) *mientras no aprendieren estas mujeres el arte de partear, escrita y perfeccionada hoy por hombres muy hábiles, es disparate fiarse de las comadres para otra cosa que para recibir y bañar la criatura y mudar ropa limpia a la parida* (Bartolache, 1772, citado en Carrillo, 1999:168). Como vemos es una visión muy generizada del ejercicio de la medicina, pues se refiere a hombres muy hábiles, ni siquiera los llama médicos, atribuyendo lo científico a lo masculino y la incompetencia a lo femenino. Vemos también en esta cita un claro reflejo de la negación del conocimiento femenino, llegando a decir que las parteras, a quienes llama comadres, no son personas en quienes se pueda confiar para la atención del parto.

Ya en el México Independiente, en 1833 se creó la Dirección de Enseñanza Superior con un establecimiento de Ciencias Médicas. En él se impartió la formación en los estudios médicos y quirúrgicos, entre ellos el de la Partera (Pérez y Castañeda, 2012). Estos procesos políticos consagraban un ejercicio de la partería legítimo y uno ilegítimo. Además de la Escuela de Medicina de la capital y hasta la primera década del siglo XX, otras trece capitales tuvieron cursos para parteras (Carrillo, 1999).

Con excepción del Instituto Campechano de Medicina y Cirugía, en los cursos para parteras las universidades sólo aceptaban mujeres. Los requisitos en casi todas ellas eran ser mayor de edad, tener “buenas costumbres”¹³, así como saber leer, escribir y las cuatro primeras reglas de aritmética (Carrillo, 1999). Se expresaba así una definición de

¹³ Seguían vigentes algunos códigos de honor y la cuestión del género y de las razas, pues por supuesto una mujer indígena no podía tener “buenas costumbres”.

los sujetos deseables para intervenir en la medicina, aún en posiciones subordinadas, no podía ser cualquier mujer, debía ser mestiza, de buena reputación y económicamente acomodada, es decir se les sigue exigiendo a las mujeres que posean ciertas características morales que suponen lo que es adecuado para las mujeres y lo que no lo es. Siguiendo a Bourdieu (2000), podemos afirmar que, en el tratamiento descrito hacia las mujeres desde la medicina y el Estado, es notable la incorporación plena de la capacidad de nombrar, definir y diferenciar desde el poder patriarcal, las mujeres son definidas como seres con capacidades limitadas, diferentes de las de los hombres. Se reconoce la preminencia de lo masculino y también de la cultura occidental.

En todo el periodo en que se impartió la carrera de partería, las parteras tomaban las mismas cátedras que los estudiantes de medicina (Pérez y Castañeda, 2012), aun así, el título de parteras tenía menor reconocimiento. En 1912 entró en vigor un plan de estudios propio para la carrera de partera (Carrillo, 1999).

A la partería indígena (y a todas las instituciones indígenas) se les trató de eliminar desde ese momento, pues no coincidían con el proyecto de nación que se quería establecer. Como menciona Carrillo respecto a estos antecedentes: *lo que se buscaba con la formación de parteras profesionales era remplazar a las parteras tradicionales por mujeres alfabetas entrenadas por los médicos, que permitiesen a éstos el acceso a embarazadas, parturientas y puérperas* (1999: 170).

En consonancia *durante el II Imperio, se reorganizaron los centros de beneficencia; Joaquín García Icazbalceta al mencionar la conveniencia de crear un asilo para madres pobres que iban a dar a luz, aclaraba: «Serviría además esta sala para la práctica de los estudiantes de medicina y parteras».* A propuesta de la emperatriz Carlota se restauró la

Casa de Maternidad. Pero desde su fundación en abril de 66 hasta junio de 67 se había asistido únicamente a dos embarazadas, a pesar de que en el Diario del Imperio se insertaba repetidamente una invitación a las embarazadas menesterosas para que acudieran a la maternidad. En 1869, ya con los liberales en el poder, se trasladó un servicio de niños al lado de la Casa de Maternidad, y se le llamó Hospital de Maternidad e Infancia (León 1910, citado en Carrillo, 1999). Siguiendo con esta idea Carrillo (1999: 175) agrega lo siguiente De acuerdo con el reglamento del hospital, los futuros médicos y parteras de la Escuela de Medicina de México podían hacer la parte práctica de la enseñanza de la obstetricia en el departamento de Maternidad, y observar los partos, excepto los de las pacientes que se oponían a ello y los de las reservadas que estaban ahí en secreto.

A partir de 1867, que se llevó a cabo la capacitación de médicos y parteras profesionales en la clínica de la Escuela de Medicina de la capital, ocurre un cambio que fue definitorio para el ejercicio de la partería, ya que se modificó la carrera de medicina en la Escuela Nacional entre otras razones para introducir la cátedra de clínica médica. Se pretendía que los médicos egresados de la Escuela de Medicina pudieran también atender partos y ya no sólo las parteras, como se había hecho hasta entonces (Pérez y Castañeda, 2012).

Entre 1885 y 1910 se fundaron maternidades y salas de maternidad en 13 estados del país¹⁴. Varias de ellas estaban anexas a las escuelas de obstetricia y se consideraron campo para la enseñanza y la práctica de los estudiantes de obstetricia y medicina (León,

¹⁴ Puebla, Yucatán, México, Morelos, Nuevo León, San Luis Potosí, Michoacán, Jalisco, Yucatán, Oaxaca, Campeche, Chihuahua y Pachuca.

1910 citado en Carrillo). Las mujeres que atendían su parto en estos centros eran mujeres de clase baja, a las que (según lo descrito) se les podía utilizar para practicar con ellas. Precisamente los hospitales y centros de atención a la salud tenían como una de sus funciones ser el espacio para la formación práctica de los estudiantes de medicina, esto es la clínica, el lugar en el que se podía desarrollar la destreza necesaria, es decir donde se podía aprender y enseñar (Foucault, 2006). A quienes se les dificultaba pagar atención privada, a cambio de recibir atención médica eran (y son) utilizados como medio de práctica para incrementar el conocimiento de las enfermedades. Las mujeres a las que atendían las parteras indígenas eran el tipo de población susceptible de ser atendidas en los nosocomios y con ello aprender del parto.

Después de la revolución de 1910-17, en todo el país se construyeron maternidades, y en 1944 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social encargado de dar atención a los trabajadores y sus familias, que contó con salas de maternidad.

Aunque los estudiantes de medicina tomaban la cátedra de obstetricia, en los establecimientos de salud eran las Parteras Profesionales (PP) quienes se encargaban del control del embarazo, los partos (normales o con complicaciones) y la atención al recién nacido, así fue hasta la mitad del siglo XX. La presencia de estas mujeres dotaba de confianza a las parturientas, siendo fundamental para que la población aceptara llevar el parto a los hospitales, pero esto cambió alrededor de 1950, a partir de la creación de la ginecología como especialidad en México, entonces los médicos limitaron de manera creciente el campo de actividad de la partería profesional (Carrillo, 1998).

En 1967 se creó la licenciatura de enfermería en la capital y se eliminó la de obstetricia. El argumento fue que resultaba improcedente propiciar los gastos que hasta entonces

había realizado la universidad en la carrera de obstetricia, ya que los programas correspondientes quedaban cubiertos satisfactoriamente en los dos semestres que se agregaban a la licenciatura de enfermería, con lo cual habría un beneficio económico en los fondos presupuestales. El número de escuelas de obstetricia se fue reduciendo, mientras el de las escuelas de enfermería se multiplicó, así la enfermería obstétrica se convirtió una especialidad dentro de la enfermería (Carrillo, 1999).

En los hospitales se estableció que las parteras-enfermeras podían atender sólo los embarazos y partos normales (aunque fueron cambiando los límites entre lo que la profesión médica consideraba normal) y los médicos fueron desde este momento los principales encargados de atender los partos. Además, la partería profesional tuvo que comprometerse en algunas instituciones a no practicar la atención domiciliaria del parto, para desarrollar las funciones y actividades supeditadas a las exigencias y el desarrollo institucional. De esta forma se iba asegurando que el parto fuera solo atendido en los centros creados para ello y que las mujeres se ajustaran a esa medida.

En los hospitales de seguridad social a partir de 1960 se congelaron las plazas de las parteras; cuando alguna de ellas se jubilaba ya no se contrataba a otra, simultáneamente se empezó a prohibir que las parteras atendieran partos en los hospitales (Carrillo, 1999).

Con esas medidas, la partera profesional fue desplazada en las ciudades por la profesión médica; el ginecólogo, el anesthesiólogo y el pediatra quienes desempeñaron las actividades que ellas realizaban en las maternidades¹⁵ (Pérez, 1995).

¹⁵ En el medio rural, las parteras tradicionales siguieron siendo las principales encargadas de la atención del parto. Las parteras tradicionales satisfacen demandas de la población rural como la de atender en regiones donde no hay otro tipo de atención, o no hay acceso geográfico a ella, pero también brindan atención en la lengua de la población y acorde con su cultura y cosmovisión. Aunque no son aceptadas institucionalmente, en sus comunidades son consideradas necesarias, por las razones mencionadas.

En este momento vemos un cambio radical ya consumado en el trato social dado a la partería profesional, limitando la posibilidad de estudiar y ejercer esta profesión, Carrillo hace un análisis de ése proceso: *En la pasada centuria, la profesión médica empleó a las parteras preparadas en las escuelas de medicina para ingresar al cuarto de la parturienta de las ciudades y trató de limitar la acción de aquéllas a la atención de partos eutócicos¹⁶; cien años después las convirtió de profesionales libres en (solo) asalariadas; más tarde les cerró las posibilidades de trabajo institucional y, para evitar que ejercieran por su cuenta, también eliminó los centros formadores de parteras. Hoy, recurre a las parteras tradicionales para acercarse a las embarazadas, parturientas y puérperas de las zonas rurales, con lo que busca extender su actividad a un campo donde sobreviven otros saberes y poderes médicos (1999:190).*

En suma, desde que se empezó a tratar de regular a las parteras, el móvil era tener el control de los servicios de salud, del *campo* médico y de las mujeres, tanto las que se atendían, como las que brindaban servicios de atención del embarazo y el parto, medidas acordes con la creación de hospitales, clínicas y la institucionalización de la medicina en México. Este proceso fue parte de una tendencia de carácter mundial nacida en Europa en la segunda mitad del siglo XIX, cuando se esbozó el problema del cuerpo, de la salud y de la capacidad de la fuerza productiva de los individuos, así el control del crecimiento demográfico figuró como una preocupación y fue la medicina quien tomó en sus manos esta área. Se llega de esta manera a la conformación de una medicina social, pública, que enarbola intereses estatales, y al mismo tiempo se cuenta con una medicina privada para beneficio de quien tenía la posibilidad de pagarla (Foucault, 1974). En concordancia

¹⁶ Partos normales, sin ninguna complicación.

con ese interés, la medicina se encargó del parto, y los gobiernos lo definieron como deseable, pues se buscaba que con este movimiento el nacimiento de la población estuviera protegido, que se redujera la mortalidad materna y el crecimiento demográfico se hallara bajo control.

Aunado a esos cambios el ejercicio de la partería quedó sujeto a la vigilancia institucional con lo que se fueron cerrando las opciones de atención del embarazo y el parto, se prohibió la atención en casa o en otros espacios que no fueran de instituciones de salud y con ello se afectó a las mujeres al no contar con otras opciones, lo que representa hoy una violación a sus derechos reproductivos.

El *subcampo* de la partería profesional contemporánea

El interés de este trabajo es la partería profesional contemporánea en México (PP), que se ha configurado de una forma distinta a la partería profesional que presenté en el apartado anterior. El origen de esta práctica es resultado de diversos procesos, uno de ellos es la transmisión de una nueva agenda política sobre atención del parto. Otro está en mujeres que tuvieron contacto con distintos tipos de partería y que buscaron de alguna manera promoverlas en México. Davis-Floyd (2001) menciona como originarias de este tipo de partería a 3 mujeres y un grupo establecido en Morelos. Más que dar por hecho que estas mujeres son las primeras y únicas en ejercer este modelo de partería, prefiero aceptar los procesos como reveladores para lo que es el inicio de la partería profesional actual, mujeres que deciden formarse en la atención del parto y ofrecer su servicio y parteras que forman a otras mujeres en la partería.

Trataré de pensar este tipo de partería con base en las categorías de *campo*, *habitus*, y *capitales*, desarrolladas por Bourdieu. Entiendo por *campo* un conjunto de relaciones

históricas establecidas en torno a una institución social. Los *campos* pueden ser entendidos como microcosmos sociales relativamente autónomos, pues cada *campo* prescribe sus valores particulares, sus propios principios regulatorios, de tal forma que los integrantes del *campo* poseen referentes comunes válidos y necesarios para “moverse” de forma eficaz dentro de él (Bourdieu y Wacquant, 1995; Bourdieu, 1991, 2000). En este caso la institución es el *campo* médico de la salud y dentro de éste está ubicado el *subcampo* de la atención al parto en el que está ubicada la partería profesional. Creo que es válido decir que es un *subcampo* del *campo* médico, pues por un lado su atención se restringe al embarazo, parto y puerperio lo que marca límites claros respecto a la totalidad del *campo* médico, pero aun cuando es un grupo relativamente pequeño es posible observar que en él se establecen jerarquías y valoraciones de acuerdo con sus saberes, experiencias, relaciones, etc. también es claro que hay una búsqueda de colocar a la partería profesional como un servicio aceptado socialmente.

Los referentes prácticos y teóricos de un *campo* son el correlato de las estructuras externas, que han sido incorporados en los cuerpos individuales en forma de *habitus*, esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción (Bourdieu y Wacquant, 1995; Bourdieu, 1991, 2000). En la partería profesional hay acuerdos sobre lo deseable, lo que se debe evitar y lo que se busca lograr en la atención del embarazo y el parto. Estos referentes son integrados con elementos provenientes de la medicina alternativa; el parto humanizado; conocimientos acerca de las consecuencias de la medicalización del parto, las directrices de la OMS y la OPS respecto de la atención del parto, y la noción del derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Describiré brevemente cómo se relaciona la partería profesional con cada uno de estos elementos.

Es común ver a parteras profesionales que tienen formación en algún tipo de medicina alternativa y emplean ese conocimiento en la atención a embarazadas y parturientas, esos conocimientos pueden ser: flores de Bach, homeopatía, masajes, elementos de la partería tradicional mexicana, como técnicas de rebozo, de sobada, y de herbolaria. La noción de holístico es un elemento que también se recupera de la medicina alternativa en referencia al uso de procedimientos integrales en la atención, partiendo de la idea de que cada parte del cuerpo, la mente y el espíritu están unidos entre sí, y con su medio ambiente, y por lo tanto se afectan mutuamente. Un punto relevante en el *subcampo* de la partería profesional es la concepción de la necesidad de una atención que valore a la mujer como una unidad, en la que interactúan las emociones, lo fisiológico y lo mental.

Otro referente para la partería profesional es el llamado parto humanizado cuya definición es retomada por las propuestas de parto alternativas al modelo hegemónico. La CDHDF (2011) menciona que el parto humanizado es un término desarrollado en la década de los 70, por el obstetra francés Frederic Leboyer, que hace referencia a un parto digno y respetado, en el que la mujer embarazada es protagonista, junto con la o el bebé que está por nacer y la familia que les acompaña¹⁷. A lo largo del tiempo se le ha dado distintos significados, la asociación civil mexicana dedicada a la partería Nueve Lunas recupera los elementos comunes en las distintas acepciones de lo que se entiende por parto humanizado integrándolas de la siguiente forma:

El parto humanizado pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los

¹⁷ Cabe mencionar que el modelo llamado “Parto humanizado” no es un referente exclusivo de la partería, se contempla también en algunas instituciones públicas y privadas en México.

procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental el que se viva la experiencia como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, con quién parir (2011:10).

También se puede pensar en el término humanización como contraposición a mecanización, entendida como la atención de partos en un modelo de producción en serie, y como una crítica a la forma de producción de cuidados de la medicina occidental que divide al ser humano al entender por separado cada elemento del cuerpo. Humanización del parto también es un referente que critica el trato interpersonal en la relación profesional – usuario, en la que los usuarios no siempre reciben las explicaciones que necesitan y a las que tienen derecho ni son informados con claridad sobre los procedimientos a los que serán sometidos. En este sentido, humanización puede ser una actitud respetuosa que considera la persona en su totalidad o bien que considera a la persona con los derechos que tiene. Es evidente que esta definición está hecha en contraposición a la forma de atención hospitalaria del parto.

La medicina basada en evidencias científicas¹⁸ ha sido de gran apoyo para la práctica y atención en la partería profesional, muchos de estos resultados han sido recomendaciones y divulgaciones de la Organización Mundial de la Salud. Entre ellas figuran las recomendaciones respecto a reducir el número de cesáreas, los beneficios de

¹⁸ La Medicina Basada en Evidencias (EBM por sus siglas en inglés) es un movimiento dentro de la comunidad médica que promueve que la práctica clínica se realice con base en los estudios más recientes, reconocidos por la comunidad académica y organismos internacionales médicos. Busca evitar prácticas médicas basadas en la creencia, rutina o costumbre, cuyo uso se ha comprobado como inexacto, obsoleto o equivocado (Nueve Lunas, 2010).

poder estar acompañada durante el parto, así como la recomendación de limitar la revisión de cavidad uterina, la episiotomía y rasurado de área púbica.

El parto en casa o parto domiciliario se sustenta en la premisa de que el parto es un evento fisiológico natural que la mujer puede vivir con acompañamiento de alguien experto en la atención. La partera profesional intenta conducir a la mujer durante su embarazo al conocimiento de sus “capacidades biológicas”. El ideal que promueve es tener un parto natural en casa:

La idea principal es guiar a las mujeres, prepararlas emocional, corporal y psicológicamente para el parto y para la nueva mujer que también se está gestando. La idea de que durante el embarazo se gesta una nueva mujer es clave, pues es allí donde se empieza a preparar a las mujeres para enfrentar el nuevo rol que deben adoptar como madres, que más allá de ser un deber externo debe ser un papel que debe inscribirse en el cuerpo y en los discursos¹⁹ (Pieschacón, 2013: 3).

En los discursos de las parteras profesionales también figuran los derechos reproductivos, como el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a un parto respetado, a decidir cómo parir, a un parto humanizado, al parto en casa; términos que se han usado para referirse a otro modelo de atención del parto y que implican el ejercicio de la ciudadanía reproductiva.

Otro punto de acuerdo en la partería profesional es el importante papel que tienen las emociones en el proceso de parto. La seguridad, comodidad, la confianza en la mujer para salir con éxito del proceso de parto. Asimismo, se señala, que la luz tenue, la

¹⁹ Como vemos es una visión muy normativa, pues se habla de promover la aceptación de forma predefinida de vivir la maternidad.

intimidad y un entorno familiar favorecen en la parturienta la producción de oxitocina, hormona que facilita el trabajo de parto. Cuando las parteras profesionales hablan de la no intervención hacen referencia a la no administración de fármacos como anestésicos, oxitocina sintética, así como al rasurado, también sostienen que la embarazada puede comer y beber líquidos en el trabajo de parto, abogan por que los tactos se realicen de forma limitada y se evite la episiotomía (desde antes del parto se dan indicaciones a la mujer embarazada para preparar al periné y evitar que se rasgue). Las parteras señalan que el “trabajo se realiza antes” con la mujer embarazada, tratando de fomentar su confianza y preparando al cuerpo.

Este modo de pensamiento específico constituye el *habitus* de las parteras profesionales, *habitus* adquirido con un trabajo de transformación que implica la adquisición de información y el aprendizaje de técnicas diversas, es una interiorización de esta forma particular de ver el mundo. Así en el *subcampo* de la partería estos aspectos funcionan como referentes comunes de acción, referentes teóricos y prácticos, de espacios y formas de cuidado, hay un acuerdo respecto de lo que es negativo o positivo y nociones comunes²⁰ para brindar un tipo particular de atención del parto.

Hay entonces por parte de las parteras un esfuerzo consciente para adquirir ciertos *capitales culturales*, los cuales a su vez crean *habitus*. Las escuelas, los centros de formación de parteras, pero también las parteras mismas, las organizaciones y hasta la literatura y otros medios de difusión de este modelo²¹ son transmisores y creadores de los *habitus* que proveen a cada integrante del *campo* la forma de hablar, atender,

²⁰ Otra noción importante en este campo es el protagonismo de la mujer en el parto y no de quien le brinda la atención.

²¹ Blogs, páginas web a favor del parto humanizado, notas en Facebook, etc.

moverse y actuar adecuadamente en él (Bourdieu y Wacquant; 1995. Bourdieu, 1991; 2000).

Ahora bien, los capitales son recursos de determinado tipo, mediante los cuales se establecen ordenaciones y jerarquías de acuerdo con el grado de posesión de los capitales que en cada *campo* son relevantes. El *capital simbólico* entendido como el reconocimiento, prestigio y poder acumulado, (Bourdieu y Wacquant, 1995; Bourdieu, 1991, 2000) tiene gran relevancia en el la partería profesional. Está constituido por el prestigio que da el haber sido formada en alguna escuela acreditada (extranjera, por ejemplo), tener más de un tipo de formación relacionada con la partería, ser fundadora de alguna asociación y/o ser activista. También el prestigio se transmite por recomendación de las madres atendidas, y la trayectoria (el ser pionera es fuente de reconocimiento).

Para aquellas parteras que poseen mayor *capital simbólico*, la atención de partos, las invitaciones a eventos académicos, de difusión, institucionales, gubernamentales, etc. es una constante, así como el financiamiento de sus actividades y organizaciones, es decir que su *capital social* y económico se ve claramente beneficiado.

En cuanto a los principios regulatorios de la partería profesional el reconocimiento del *capital cultural* que poseen las integrantes del *campo*, tiene gran relevancia, siendo éste el que les da la posibilidad de ser reconocidas como parteras. Bourdieu define el capital cultural como formación educativa, conocimientos y saberes (Bourdieu y Wacquant, 1995; Bourdieu, 1991; 2000). Este capital se compone de: la experiencia (es decir el tiempo que las parteras tengan atendiendo partos y la cantidad de partos atendidos eficientemente); conocimientos médicos (la instrucción en medicina, enfermería obstetra

o perinatal); conocimientos de medicina alternativa (homeopatía, masajes, medicina tradicional, herbolaria, etc.); o bien contar con una formación directamente en partería. Es necesario también tener conocimientos teóricos de las consecuencias que tienen sobre la salud de las mujeres las prácticas de intervención (medicalización, y procedimientos quirúrgicos) en la atención del parto. Dominar otros idiomas les resulta útil para relacionarse con parteras de otras partes del mundo, para asistir a eventos celebrados en otros idiomas, para comunicarse con organizaciones internacionales, para acercarse a literaturas extranjeras, etc.

El capital cultural que las acredita como parteras se puede adquirir actualmente en México por alguna de las siguientes rutas:

- Parteras técnicas egresadas de CASA A.C. en San Miguel Allende, fundada en 1996 en Guanajuato que cuenta con capacidad de expedir cédula y título reconocido por la SEP y correspondiente al nivel técnico.
- Luna Llena A. C. Escuela fundada en 2009 en Oaxaca. Su programa de estudios cuenta con el reconocimiento de la secretaría del trabajo y previsión social.
- Mujeres Aliadas A. C. Escuela fundada en 2010 en Michoacán. No cuenta con la capacidad de expedir cédula ni título y se encuentran en trámites con el CIFRHS²².
- Escuela de Partería de Guerrero. Escuela gubernamental que opera desde 2012 en Guerrero. No cuenta con la capacidad de expedir cédula ni título y se encuentran en trámites con el CIFRHS (Opera bajo el mismo programa de CASA A. C., aunque está por adaptarse a su contexto).

²² Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud

- Escuela de partería en la tradición Osa Mayor. Escuela fundada en 2014 en Felipe Carrillo, Quintana Roo. No cuenta con capacidad de expedir cédula ni título. Tiene un sistema semi-presencial.

Por otro lado, en México no sólo las escuelas forman parteras profesionales. Así como las parteras tradicionales forman mediante un sistema de tutoría personalizada a sus estudiantes, algunas parteras profesionales aceptan aprendices y dan cursos y talleres de actualización para otras mujeres y hombres interesados en el tema, sabemos de las siguientes:

- Luna Maya acepta aprendices en sus centros de San Cristóbal, Chiapas y D.F. y realiza talleres de actualización y formación.
- Angelina Martínez Miranda acepta estudiantes de partería en Tepoztlán, Morelos.
- Alison Bastien actualmente realiza cursos de actualización y formación para parteras en San Miguel de Allende.
- Mirna Amaya realiza un diplomado de año y medio teórico y práctico en Morelos.

Algunas parteras en México han adquirido su formación en programas en el extranjero donde existe la partería como profesión, aunque no pueden validar su título en México.

Otro camino de formación de este tipo de parteras es la licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO) y la especialidad en Perinatología por la Escuela Nacional de Enfermería (ENEO).

Además del *capital cultural*, en el *subcampo* de la partería profesional opera el *capital social*, conformado por las redes de relaciones que pueden ser institucionalizadas o no, redes en este caso con agentes pertenecientes al campo y que potencian su práctica o

bien la fomentan, brindan algún tipo de apoyo, difusión de los servicios, invitaciones a congresos nacionales y extranjeros, a becas, publicaciones, capacitaciones, etc. por su carácter duradero las redes sociales son utilizables a corto y largo plazo (Bourdieu y Wacquant, 1995; Bourdieu, 1991; 2000).

Por supuesto los capitales son difíciles separar, pues se encuentran entrelazados en las relaciones dentro del campo. Su separación conceptual permite estudiarlos y localizarlos en las relaciones de las parteras, así como observar procesos en los que uno u otro tipo de capital cobra relevancia, pero no podemos decir que tengan independencia entre sí.

Coincido con Davis-Floyd (2007) en cuanto a que éste es un movimiento vinculado ampliamente con movimientos de parteras de otras regiones, lo que le da un carácter local y transnacional. Entre la larga tradición cultural y nuevos procesos generados las parteras profesionales comparten los conocimientos de cuidados transnacionales del modelo de la partería. Ejemplo de ello es la presencia de parteras extranjeras en organizaciones diversas en México, así como los vínculos entre organizaciones de distintos países y la creación de redes internacionales.

En resumen, el *subcampo* de la partería profesional está conformado por el conjunto de organizaciones de partería y de Parto Humanizado (con sus diferentes tipos de mujeres asociadas o agrupadas en ellas), además de parteras, doulas²³, investigadoras, y

²³ Las doulas son mujeres, que brindan un servicio de acompañamiento a mujeres durante su embarazo, parto y puerperio. No tienen una formación académica regulada, pero tienen una formación que abarca conocimientos básicos sobre fisiología del embarazo, parto y puerperio, puericultura, lactancia y educación prenatal. Muchas mujeres que eligen una partera profesional para la atención de su parto contratan también a una doula (Doulas.es, 2015).

mujeres que acuden a los servicios de parteras; así como por las escuelas de partería, docentes y las industrias relacionadas²⁴.

Las mujeres que conforman el *subcampo* de la partería profesional (pues son mayoritariamente mujeres) poseen las características necesarias para ser eficientes y producir efectos en él. De acuerdo al grado de posesión de algún o algunos tipos de *capital cultural* ocupan una posición en la jerarquía del *subcampo* de la partería, siendo que algunas de ellas cuentan con un grado de posesión mayor de uno o varios tipos de *capital cultural* (Bourdieu y Wacquant, 1995; Bourdieu, 1991, 2000).

Podemos ubicar la exclusión precedente de las parteras del sistema de salud, como exclusión del *campo* médico, específicamente del *subcampo* de atención profesional del nacimiento, en el cual se llevó a cabo una lucha e imposición de sólo un tipo de *capital cultural* legítimo y hegemónico, el saber médico, en este caso de los gineco-obstetras, un saber además masculino, motivado a su vez por el acrecentamiento del *capital económico* y simbólico en el campo de la salud.

Otra cuestión que las categorías de Bourdieu nos permiten analizar es el de la existencia de una serie de condiciones sociales específicas que hacen posible la emergencia de esta *illusio* (aptitud e inclinación), este creer que vale la pena ser partera, doula, o bien ser atendida bajo el modelo de parto humanizado. Estas creencias son traducidas en un conjunto de *disposiciones* que implican propensión y capacidad para participar *en el ámbito* de la partería profesional. Entre estas condiciones sociales podemos mencionar los siguientes: la llamada crisis médica, el discurso de los derechos reproductivos, la

²⁴ Este campo se acompaña de la oferta de productos específicos de farmacéutica, aparatos para prácticas, accesorios para parteras y madres, literatura, etc.

mirada de organismos internacionales en la alta mortalidad materna, la denuncia de la llamada violencia obstétrica, el auge de la medicina alternativa y de valores de vida alternativos. Veremos en el siguiente apartado cómo se relaciona cada uno de estos aspectos con el auge de la partería profesional.

Capítulo 2. Marco teórico y diseño metodológico

En este capítulo se presentan algunas aproximaciones teóricas hacia el campo de la salud y la medicina desde los estudios feministas y de sociología de la salud que son referencia importante para la comprensión y análisis de los significados y experiencias en parteras profesionales en México. Inicio con un acercamiento a las categorías de saber-poder y *biopolítica*, desde Foucault, y los procesos de profesionalización desde las ciencias sociales, para a continuación revisar las teorías feministas en relación con las mujeres, la reproducción y la medicina. Asimismo, retomo la categoría de *campo* de Bourdieu para aproximarnos a la partería como un *subcampo dentro del campo* de la salud.

Considero que para examinar los componentes sociales del discurso de la partería profesional contemporánea (PP) y de la experiencia subjetiva de la atención del parto en las parteras, es fundamental hablar de las concepciones sociales de género, de las normatividades en torno a la maternidad y de estas normatividades en profesionales de la salud. También, como parte del contexto actual en el que emerge la partería profesional, el tema del maltrato y abuso en la atención del parto y las luchas por los derechos sexuales y reproductivos son fenómenos importantes. Tengo especial interés en describir y comprender cómo las concepciones de esos elementos se expresan en los discursos de las parteras sobre la atención profesional que brindan a mujeres embarazadas y en su decisión de ejercer como parteras, por lo que el presente trabajo se adscribe a la ciencia social interpretativa (Weber, 1981).

Relación saber-poder y biopolítica

Dado que la atención del parto desde la partería profesional se estructura como una alternativa frente a las condiciones médicas actuales de la atención del parto, y frente al trato que desde la institución médica se hace del embarazo y el parto, creo necesario explicar los mecanismos por los que la medicina se convirtió en el saber legítimo dejando fuera a toda otra posible atención de la salud. Pienso que el siguiente apartado puede servir al lector para comprender el papel de superioridad social de la ciencia médica, así como la dificultad de competir con los saberes de ésta. También busco dar referencia sobre el papel que ocupan las mujeres en la relación con el médico que nos ayudaran a comprender el tema posteriormente.

Los médicos son reconocidos socialmente como los expertos en todo lo referente a los procesos corporales humanos, de tal modo que tienen la mayor autoridad para referirse al embarazo y el parto, así se hallan en una situación de jerarquía frente a las mujeres y otros especialistas en atención del parto. El saber ocupa un papel fundamental para entender cómo se estructura la relación de la sociedad y en especial de las mujeres embarazadas con los médicos.

La mirada médica cuenta con la legitimidad y autoridad para clasificar al paciente con un lenguaje racional-médico. Vemos así al médico ocupando un lugar de saber-poder que jerarquiza su relación con el paciente (Foucault, 2006; Freidson, 1978). En este proceso, se lleva a cabo una descalificación de los conocimientos del paciente, se le mira como portador de saberes equivocados y se refuerza así la relación asimétrica médico-paciente (Menéndez, 1984).

La clínica es el espacio en el que se lleva a cabo esta relación directa entre médico y mujeres. Desde los orígenes de la medicina la clínica tuvo como una de sus funciones ser el espacio para la formación práctica de los estudiantes de medicina²⁵. Para que la clínica pudiera cumplir con su función se necesitaba que la población aceptara la atención médica como una necesidad, era importante que se legitimara a los médicos como los únicos portadores del conocimiento en salud. Esta legitimación vino de la coherencia científica, pero también de su proclamada utilidad social²⁶, elementos que presentan a la medicina como desinteresada y con neutralidad política. (Foucault, 1991; 2006). En concordancia, la exclusión de otros tipos de medicinas alude a una relación que la medicina mantiene con otros saberes (Haro, 2000).

En los siglos XVII y XVIII desde los Estados-nación surgen las tecnologías de poder que centran su atención en el cuerpo individual, procedimientos mediante los que se aseguraba su acatamiento, su orden y se estipula bajo vigilancia la tecnología disciplinaria del trabajo. La especificidad de las tecnologías y saberes de la llamada biopolítica es que pone su atención en la población, en el cuerpo social, más que en el individual. Está orientada a los sujetos como grupos, a la vida humana con los procesos que conlleva, se busca tener control de los nacimientos, la reproducción, las enfermedades y la muerte (Foucault, 2000, 2014). *La biopolítica tiene que ver con la población, y ésta como problema político, como problema a la vez científico y político, como problema biológico y problema de poder (...). La biopolítica abordará, en suma,*

²⁵ Eran aquellos que no podían pagar atención privada quienes a cambio de recibir atención médica eran utilizados como medio de práctica que incrementara el conocimiento de las enfermedades. La clínica es el ejercicio y aplicación de los análisis.

²⁶ La medicina ha asumido la función de la higiene pública auxiliada con organismos que coordinan la centralización de la información y normalización del saber, así como con campañas continuas de aprendizaje de la higiene y medicalización de la población (Foucault, 2014).

los acontecimientos aleatorios que se producen en una población (Foucault, 2000: 222).

La *biopolítica* introdujo instituciones asistenciales como nosocomios, saberes como la demografía y en la vida cotidiana de las personas instauró mecanismos más sutiles como enseñanzas de cuidado del cuerpo, de la salud, y de higiene y quizá lo más importante, la idea de la institución médica como indispensable para el cuidado y mantenimiento de la salud.

La explicación que Foucault da a este fenómeno es que con el desarrollo del capitalismo a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, se buscó adaptar al cuerpo humano, a los requerimientos de la fuerza laboral. (...) *El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica* (Foucault, 1974: 5).

Así el saber técnico de la medicina es en el siglo XIX una novedad que establece influencias sobre los procesos biológicos y orgánicos, es decir sobre la población y sobre el cuerpo individual y al mismo tiempo es una técnica política de intervención con efectos de poder propios (Foucault, 2014).

Estamos hablando de parámetros establecidos desde los poderes estatales, parámetros de comportamiento, que son transmitidos desde la presunta neutralidad de la ciencia médica y de los profesionales de la medicina, y que resultan en hábitos, formas de vida y pensamiento que se filtran en la vida cotidiana y son estrategias de vigilancia y control, que resultan funcionales al sistema.

Lo profesional

Los efectos de la relación saber-poder tienen una expresión en el estatus de lo profesional y lo profesional a su vez está profundamente ligado a la legitimidad social que tiene la categoría de “científico”. A finales del siglo XIX cualquier grupo que pretendiera constituirse como experto en un área, tenía que demostrar su rigor científico, mostrado lo cual contaba con la facultad de autorregular su práctica y de adquirir el monopolio de su actividad, sin la intervención de otras instancias (Rodríguez, 198; Foucault, 1996). Se ha definido el concepto de profesión como una ocupación que requiere normalmente un aprendizaje y una formación especializada, una ocupación que es desempeñada por personas que gozan de un amplio grado de autonomía en el trabajo y que son consideradas propietarias de un conjunto de saberes o habilidades a los que se accede bajo supervisión del propio grupo profesional (Rhodes, 2001).

Turner (1999) hace un afortunado recuento de las principales teorías sociológicas alrededor de la profesionalización, entre las que hay un contraste con aquellos autores que piensan este fenómeno como la adquisición de conocimientos y valores para ejercer una profesión²⁷ y otros que desde la óptica crítica afirman que el dominio profesional tiene especial importancia para el capitalismo y que los grupos profesionales que se encuentran bajo la protección del Estado contribuyen de una manera muy particular en el funcionamiento económico y político de este sistema.

Turner (1999) y Freidson (1978) siguiendo con el enfoque crítico de la profesionalización afirman que la función legitimadora del conocimiento permite tener cierto poder y control

²⁷ Turner (1999) se refiere a esta postura como una que mira las profesiones desde la mirada de las profesiones mismas y en el otro extremo ubica a teorías críticas de los procesos de profesionalización.

del mercado. La profesionalización sería vista como un proceso mediante el cual los que ofrecen sus servicios profesionales intentan constituir y manejar un mercado para su conocimiento experto, lo cual tendría repercusión en la distribución de la riqueza y del estatus (Freidson, 1978).

Desde la crítica feminista de la profesión médica, se señala que es un grupo ocupacional privilegiado que ejerce autoridad y control patriarcal especialmente sobre las mujeres, principalmente a través del control y vigilancia de los procesos reproductivos (Oakley, 1985; Lupton, 2012).

Estos desarrollos teóricos acerca del papel sociopolítico de los profesionales médicos son elementos esenciales para comprender el fenómeno de la partería profesional en México a inicios del siglo XXI. A diferencia de los médicos, las parteras en México no son un grupo profesional respaldado por el Estado, más bien se constituyen en una especie de gremio con saberes diferenciados a los de otros auxiliares del parto; las parteras se hacen de estos saberes, de distintas prácticas y de todo un lenguaje que las legitima y diferencia, más adelante trataremos con detalle este tema.

Normatividades de género en torno al embarazo, el parto y la maternidad

La maternidad y todo el imaginario que hay alrededor de ella, está moldeado por la construcción social del género femenino y sus roles asignados, elementos sociales que marcan pautas de comportamiento, que orientan y definen lo deseable y adecuado e imponen mecanismos de presión²⁸ para que se cumpla con esos mandatos. En la atención del embarazo y parto subsisten elementos de orden moral acordes a una

²⁸ Me refiero a prácticas y discursos que tienden a señalar y penalizar a quienes no aceptan ciertas convenciones sociales.

concepción del deber-ser femenino que prevalece socialmente, al estar interiorizados, es fácil reproducirlos de manera inconsciente y cotidiana, por lo que hay que poner atención en su presencia. Estos mandatos han limitado históricamente a las mujeres y las han colocado en situaciones desventajosas.

Es importante poner atención en cómo una atención del embarazo y el parto que busca diferenciarse de la medicina hegemónica y presentarse como una profesión alternativa, toma conciencia o no de los elementos que definen la institución de la maternidad y la forma en que éstos operan en detrimento de otros posibles espacios de realización femenina. Esto con la finalidad de conocer si sus discursos promueven (de manera intencional o no) los mandatos sociales de la maternidad o, por el contrario, se ubican en un espacio de reconocimiento y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, de la autonomía sobre sus vidas y sus cuerpos y de formas elegidas de vivir la feminidad. Para examinar estas cuestiones es importante aproximarnos a la categoría de género.

Entiendo por género a la definición social asignada a las personas a partir del sexo con el que nacen, esta condición supone que cada género posee una serie de características naturales, así, se da por hecho que ser hombre o mujer se corresponde con cierta forma de desear, de sentir, con características psicológicas y capacidades con las que se nace. Dicha valoración implica que se espera de hombres y mujeres el cumplimiento y adecuación a una serie de roles y valoraciones de la realidad (Lamas, 1986; Laqueur, 1990).

Para esta investigación me inscribo en el pensamiento que entiende el género²⁹, como una construcción social que implica un trabajo de socialización que transmite enseñanzas sobre cómo es y debe ser una mujer. Esa socialización se encarna en hábitos que son acordes con la visión dominante, y la percepción del mundo que se forma en esta socialización también es acorde con este principio. Todo lo que se hace, se piensa y se siente bajo estos principios inconscientes, está marcado por la socialización de género. De esta suerte la niña-mujer deseará cumplir con los mandatos sociales de su género, expresados en estereotipos. Su identidad se constituirá acorde con una serie de elementos que marcan desde su aspecto físico hasta la elección de una forma de vida y la configuración de cierta emocionalidad (Bourdieu, 2000), por supuesto todos estos aspectos son relativos a cada grupo y clase social.

Todo ese proceso social que nos “hace mujeres” no está presente en la conciencia de los sujetos, aparece como algo que es dado, como algo con lo que se nace, algo propio de la naturaleza humana. Esta naturalización del orden social de género se muestra especialmente eficaz, asignando a las mujeres como destino el amor maternal, esta idea forma parte de una estructura hegemónica, lo que implica que no es absoluta (no todos los miembros de la sociedad aceptan esta definición), lo importante en este señalamiento es hacer hincapié en el hecho de que hay ideas socialmente difundidas y predominantes, así, entre las características que socialmente definen al sexo femenino, la capacidad reproductiva ocupa un papel fundamental (Juliano, 2004).

Esta idea está tan aceptada socialmente que se da por hecho que la capacidad de concepción y gestación debe corresponderse con el deseo de ser madre (Arjona, 2006).

²⁹ En este caso sólo hablaremos del género femenino por la naturaleza de mi trabajo.

Molina, 2003). Y en gran medida la identidad de las mujeres, así como su valoración social, radica en la posibilidad de que sean madres, de tal modo que las mujeres eligen la maternidad por cuestiones sociales y psíquicas, hay una serie de incentivos sociales que invitan a la maternidad, ser madre parece ser una forma automática de conseguir el estatus de mujer buena³⁰ (Lamas, 2001). De este modo, la maternidad como vocación femenina es vista actualmente por amplios sectores como una forma de realización personal. Cristina Molina (2003) señala que actualmente la mirada social dirigida al ámbito doméstico de la mujer casada o divorciada se centra en la relación madre-hijos, en términos sociales esto implica que las culpas y los castigos, ya no van dirigidos tanto para las malas esposas, sino para las malas madres, esto hace que las posturas críticas pongan su atención en la relación madre-hijos y ya no en problemas como la doble jornada.

Situar a las mujeres en el mundo de la naturaleza, es mirarlas como seres regidas por principios ineludibles y ahistóricos, y es una forma de ignorar las presiones sociales a partir de las cuales se configuran e interiorizan las opciones, y la funcionalidad social del lugar en el que se las ha colocado (Juliano, 2004). Además, el trabajo procreativo que las mujeres realizan de forma gratuita conlleva una desvalorización a partir de la naturalización de estas labores³¹, que asimismo coloca los rasgos esencialmente

³⁰ Este fenómeno adquiere diferentes configuraciones en los distintos grupos sociales, la vivencia de la maternidad, las edades consideradas apropiadas para ser madre, así como el reconocimiento social adquieren dimensiones distintas si se trata de mujeres rurales o urbanas, indígenas o mestizas.

³¹ Para Silvia Federici (2010, 2014) el trabajo procreativo que las mujeres realizan de forma gratuita permite abaratar el salario, pues este trabajo no pagado compensa aquello que no se puede adquirir con el salario. Para esto se tuvo que hacer una desvalorización del trabajo procreativo, era necesario naturalizar estas labores y por otro lado colocar los rasgos esencialmente femeninos por debajo de los rasgos esencialmente masculinos. También era indispensable transmitir la idea de que solo aquello que se genera para el intercambio es digno de reconocimiento social. El trabajo de cuidados, que se hace supuestamente por amor, es un trabajo para producir a los trabajadores para el capital y es un tema central. Si no hay reproducción, no hay producción.

femeninos por debajo de los rasgos esencialmente masculinos (Federici, 2010, 2014). Ese proceso mental es justamente lo que podemos llamar mistificación³², en este caso de la maternidad.

El proceso descrito no es anticuado e inamovible, por el contrario el sistema patriarcal es un sistema socio-político que cambia las formas y los modos de operar para sujetar a las mujeres de acuerdo a las necesidades socio-históricas de cada época, siguiendo ese razonamiento se puede hablar primeramente de un patriarcado de coerción y en un segundo momento de patriarcados de consentimiento, entendidos como aquellos que “convencen” a través de mecanismos de seducción, para que las mujeres acepten los modelos propuestos de lo femenino (Adams, 1992. Coll, 1992. Molina, 2003).

Un ejemplo de los patriarcados de consentimiento³³ en la actualidad es la promoción de la maternidad. A partir de hablar del amor por los hijos, se hace un ensalzamiento de la maternidad, así tener un hijo ha pasado a ser el contenido de la mística de la feminidad. Bajo este precepto se fomenta el sometimiento a la maternidad, como un hecho de renuncia amorosa que la mujer elige libremente. La identificación de lo femenino con los valores reproductores pone a las mujeres en un espacio de menor valor social en términos simbólicos y prácticos, la asignación social de la mujer como la principal encargada de la crianza implica menos posibilidades de descanso, recreación y autorrealización (Adams, 1992. Coll, 1992. Eherenreich y English, 1990. Federici, 2010).

³² Se usa la palabra mistificación para señalar una relación social que oculta los elementos sociales de dominación haciéndolos parecer como un orden natural y espontáneo (Molina, 2003).

³³ Para los fines de este trabajo entenderemos el patriarcado, como una estructura social histórica, en la que lo masculino tiene primacía sobre lo femenino, bajo este principio se ha construido una definición del mundo, desde la que se nombra, se establecen diferencias, se valoran distinto las representaciones de lo femenino y lo masculino, se asigna espacios genéricos y se proponen normativas y modelos que reproducen y reafirman la construcción de géneros.

El feminismo de los años sesenta y setenta del siglo XX, trató de situar las maternidades en un contexto de libertad en la elección y de posibilidades que facilitaran sus deseos. El feminismo buscó explicar cómo el modelo patriarcal consagró a las mujeres como madres y esposas, y las relegó a un papel social pasivo y sumiso, lo que trajo como consecuencia el alejamiento de los espacios públicos, mermando con ello sus posibilidades de desarrollo como personas y de participación ciudadana. Las feministas de esa época se enfrentaron a la definición de una forma de sexualidad libre, que estuviera en el marco del respeto a los deseos de las mujeres, en el consentimiento mutuo para las relaciones y sin referencia a identidades sexuales prefijadas³⁴. El derecho a la anticoncepción, al ser determinante del control sobre las posibles maternidades, fue sumamente importante, pues para acceder a este derecho era indispensable separar la sexualidad y la reproducción, pensar en maternidades responsables, consentidas y sujetas a corresponsabilidad con la pareja (Suárez, 2014). Fruto de estas demandas, en 1979 se aprobó la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), que en su artículo 16 reconoce el derecho a decidir si quieren o no tener hijos, cuantos y con qué espaciamiento.

Este marco es acorde al pensamiento de Adrienne Rich (1996), que plantea la posibilidad de vivir la maternidad como una elección, en la que existe una relación potencial de la mujer que decide ser madre con su capacidad de reproducción y con sus hijos e hijas, maternidad entendida como experiencia en la que la mujer puede expresar su ser y sus

³⁴ El feminismo llamado maternalista vindicó la defensa de legislaciones protectoras de la maternidad, embarazo, crianza y lactancia, la atención social y médica, la atribución de subsidios familiares para fomentar la natalidad y ayudar a las mujeres, éstas feministas defendían que la maternidad era una cuestión de estado, una contribución básica para las sociedades y abogaron por la ciudadanía plena para las mujeres. El feminismo de la segunda Ola vindica la voluntad de ser o no madre, y de la maternidad fuera del matrimonio (Suárez, 2014).

deseos, en la que asume y decide cómo vivir esa experiencia. Por el contrario, la maternidad como institución es definida con base en estereotipos fijos que limitan la capacidad de elección y eliminan del panorama la posibilidad de hacer de la maternidad una vivencia personal. La maternidad como institución promueve en última instancia la realización personal a través del “destino biológico”, una realización que aparece como automática. El objetivo de la institución de la maternidad es asegurar el potencial reproductivo de las mujeres.

La función de las normatividades de género en profesionales de la salud

La ciencia médica y disciplinas cercanas como la biología y la psicología han tenido un papel sumamente importante en la definición de lo femenino. En las teorías que rigieron el ejercicio de la medicina entre finales del Siglo XIX y principios del XX, la mujer fue un tema a descifrar. Como resultado de las investigaciones se mostró a las mujeres como seres cuya condición era estar enfermas y no se proponía como observación empírica, sino como dato fisiológico. La medicina había “descubierto” que las funciones femeninas eran intrínsecamente patológicas. En la anatomía femenina estaba la justificación de su supuesta desventaja. Desde la medicina se argumentó que no podía haber igualdad entre hombres y mujeres dado que esa desigualdad se basaba en las diferencias físicas y que ellas determinaban la división del trabajo y los derechos. La ciencia mostraba que las mujeres no eran capaces de hacer lo que hacían los hombres y viceversa. (Laqueur, 1990; López, 2007) De esta manera, los médicos contribuyeron a la creación de modelos culturales desiguales entre hombres y mujeres.

Lo anterior resulta lógico si tenemos en cuenta a Bourdieu, cuando afirma que los paradigmas del conocimiento son socializados con herramientas creadas desde el

modelo de lo masculino (Bourdieu, 2000). Así, si la mirada con la que intentamos explicar cualquier aspecto de la realidad tiene como conocimiento previo (e inconsciente) la supremacía de un sexo sobre otro, lo lógico es que los resultados afirmen esa posición.

Al hacer referencia a lo que es sano y lo que no, la medicina extiende su campo de influencia definiendo lo deseable en cuanto a las formas de vida y de pensamiento y de esta manera la maternidad, la sexualidad, la mujer normal y el varón normal, deben corresponder a ciertos parámetros de comportamiento según sus edades (Lorber y Moore, 2002). Esta mirada de autoridad está presente en la relación médico-paciente, lo que se pone de manifiesto, por ejemplo, cuando el médico pregunta acerca del contexto y forma de vida. De tal manera que los médicos ocupan una posición central en la producción y reproducción de nociones y valoraciones sociales acerca de la maternidad³⁵, lo que es más eficaz si tenemos en cuenta la legitimidad social que goza la institución médica (Erviti, 2010; 2013).

Los juicios morales de los médicos respecto a lo que consideran adecuado y deseable respecto a la sexualidad femenina y la maternidad se expresan en la evaluación que hacen de las usuarias de los servicios, y con base en esas nociones determinan si su paciente es una buena mujer y/o una buena madre o no (Erviti, 2010. Amir y Orly, 1997).

La imposición del uso de métodos anticonceptivos, el condicionamiento de otorgar los programas sociales, según la adecuación a los modelos sociales de maternidad o el extremo de la esterilización forzada pone en evidencia la existencia de valoraciones

³⁵ *Asumir y definir un embarazo como no deseado contradice el orden moral social prevaleciente en donde el embarazo es visto como "siempre bienvenido". Esto coloca en el centro de la discusión el significado social de la maternidad vista como un compromiso hacia el orden moral hacia la sociedad a la que se pertenece* (Erviti, 2010:105)

sociales jerárquicas en torno a la maternidad, lo que muestra la intersección de múltiples ejes de opresión en torno a la maternidad (Petchesky, 1990).

Este sistema médico que por un lado establece la constitución del cuerpo femenino como patológico y por otro lado se erige como guardián moral, deriva en una práctica en la que se despliega sobre las mujeres un ejercicio jerárquico del dispositivo saber- poder (Foucault, 2006). En términos prácticos deriva en baja capacidad de decisión de las mujeres, desautorización de su experiencia y en casos no poco comunes en prácticas de abuso y maltrato en la atención del parto (Carro, 2014; Erviti, 2010).

Ahora bien, debemos tener claro que las prácticas y nociones médicas, no dependen de la voluntad individual de los médicos, sino de un sistema de formación estructurado sobre ciertas bases, lo que implica que los sistemas sanitarios no son neutrales, sino instituciones sociales en las que confluyen los individuos y las estructuras que configuran a la sociedad. En este sentido, hay que recordar que situar los derechos en materia de procreación y salud reproductiva en el centro de las políticas poblacionales fue parte de las reformas introducidas en los años 90 en los sistemas sanitarios, en respuesta a los apoyos de los donantes internacionales como el FMI y el BM. (Federici, 2014; Harcourt, 2010). En el momento actual se ha criticado que los Objetivos de Desarrollo del Milenio³⁶ están despojados del enfoque de derechos en salud reproductiva y se centra en el suministro de instalaciones y sistemas de atención médica (con el argumento de que existía una fuerte resistencia cultural al programa de derechos sexuales y reproductivos). Desde el feminismo, se reclama que, al tratar los temas de salud y derechos sexuales y

³⁶ Son un acuerdo firmado por los países miembros de la ONU para alcanzar a cumplir 8 metas de desarrollo en el 2015, entre ellos mejorar la salud materna, cuyo indicador básico es reducir las cifras +de muerte materna.

reproductivos como una parte de la salud materna, se participa de una visión esencialista de las madres y se da poder a expertos y administradores (Harcourt, 2010).

En el marco de los desarrollos teóricos expuestos en este apartado, pienso que en un modelo de atención del embarazo y el parto es importante poner atención en las formas de inscripción o de negación de estas estructuras sociales y normatividades. La partería profesional, que se presenta como una opción alternativa al modelo médico hegemónico, debe examinar sus discursos y prácticas poniendo atención en la promoción de normativas represivas que muestran a la maternidad como la única posibilidad de ser mujer. Esto especialmente porque debido a la asimilación social del orden de género, existe la posibilidad de reproducción de los mandatos de la maternidad de manera inconsciente.

Diseño metodológico: el encuentro con el problema

En julio del 2013 llegué a trabajar como asistente de documentación a la Asociación Mexicana de Partería A.C. Anteriormente en mi vida laboral había conocido a parteras tradicionales indígenas de la región de la Costa Chica de Guerrero³⁷, pero no tenía conocimiento de que existía otro tipo de partería. Cuando supe de la partería profesional lo primero que me sorprendió fue que brindaban atención en la ciudad y que el parto sucedía en el hogar de la parturienta. La presidenta de la asociación, me explico con pasión algunos conceptos fundamentales en los discursos de la partería profesional que

³⁷ Cuyo resultado se puede ver en: Espinosa, Gisela; Luna Muñoz, Ana Carmen (2013) "Manos Unidas" contra la muerte materna: Por una maternidad libre y saludable para las indígenas de la Costa Chica-Montaña de Guerrero. UAM-X, CSH.

más adelante se volvieron familiares para mí: la fuerza de la mujer, la excesiva medicalización, el alto índice de cesáreas; todo esto me resultaba sumamente novedoso.

En diciembre de ese año se llevó a cabo en el D.F. el 1er Foro Internacional de Partería que tuvo por título “Intercambio y experiencias de partería, una profesión milenaria”. Ese foro fue el que marcó mi decisión de estudiar a la partería profesional, pues las participaciones de parteras mexicanas y extranjeras con gran experiencia me mostraron que ese fenómeno estaba relacionado con elementos políticos, referencias culturales y visiones específicas de la realidad; noté lo excepcional del tema, la trascendencia que puede tener, además de ser un fenómeno actual y en configuración.

Nuevas maneras de concebir el parto aparecieron ante mí: el parto como un evento que involucraba lo emocional y la subjetividad de la mujer; la posibilidad de trascendencia política si las mujeres se reapropiaban de ese evento. Me llamó la atención la concepción de lo femenino, toda la alusión que las mujeres involucradas en el proyecto hacían de lo que llaman “la fuerza femenina”. Otro punto que motivó mi curiosidad fue el auto-reconocimiento que cada una hacía de sí como mujer sabia, con información y conocimientos que dialogan y cuestionan la atención del embarazo y el parto que se hace desde la ciencia médica.

Desde ese momento y sin saber aún por dónde guiaría la investigación empecé a registrar información sobre las parteras, a pensarlas y a hacerme preguntas. En ese momento mi mirada era más ingenua y tenía pocos cuestionamientos hacía el modelo, al pasar el tiempo y adentrarme más en el tema con nuevos elementos pude ver otros aspectos que plasmaré más adelante.

Mis primeros intereses respecto al tema fueron: a) cuerpo y subjetividad a través de la vivencia del parto; b) parto libre, parto humanizado; c) atención hospitalaria del parto. Finalmente me percaté de que la partería profesional tiene una postura particular frente a cada uno de esos temas y eso mismo define sus discursos, por lo que decidí estudiar los discursos expresados desde la partería, sus componentes y sus implicaciones para las mujeres.

Este tema es factible de ser estudiado desde la sociología porque en él se expresan condiciones sociales propias de un tiempo, un espacio y ciertos grupos; estas expresiones toman partido por formas específicas de vivir y entender la maternidad. Me interesa señalar con qué elementos sociales, culturales y políticos están configurados los discursos de la PP. Los grupos que validan la partería profesional mantienen posiciones en las que convergen posturas sociales que integran elementos de corte global y directamente vinculados a una crítica de la atención hegemónica del embarazo y el parto. Cabe mencionar que dicha atención se ha configurado de acuerdo con parámetros propios del sistema económico de mercado tal como se configura en un país de tercer mundo como lo es México.

A través de este estudio pretendo contribuir al conocimiento sobre los elementos sociales, culturales y políticos presentes en los discursos de la partería profesional contemporánea. Busco comprender los significados que las parteras profesionales tienen sobre el cuerpo, la maternidad, el parto y los derechos reproductivos de las mujeres, así como la interpretación que hacen de sus experiencias en la atención a mujeres embarazadas. Un interés fundamental de este estudio es dar cuenta de encuentros y desencuentros en los discursos en parteras profesionales en la ciudad de México.

Parto del presupuesto de que hay condiciones sociales específicas que hacen posible la emergencia de este tipo de partería y que esas condiciones tienen una postura común respecto a las medicinas alternativas, lo espiritual y los derechos reproductivos. Pienso también que la alternativa del parto brindada por parteras es parte de un mercado constreñido que ofrece servicios y productos que promueven un estilo de vida y consumo alternativo al hegemónico. Además, reconozco que no hay un discurso ni una práctica homogénea entre las parteras.

Estrategia metodológica

Este estudio se plantea como una investigación sociológico-interpretativa de carácter cualitativo, pues busca dar cuenta de los significados y modos de ver la vida que podemos hallar en particular en las parteras. A partir de reconocer que los sujetos crean significados sociales y culturales en su relación con los otros y en su relación con el medio, el método elegido se orienta a comprender los significados de la acción y de las relaciones sociales en sociedad. Para la sociología comprensiva son los sujetos insertos en las relaciones sociales quienes otorgan significados a la acción y el sociólogo busca interpretarlos por medio del método comprensivo. Desde las ciencias sociales se ha puesto atención en revelar la forma en que ciertos factores económicos, culturales, ideológicos y políticos forman parte de las conciencias de los sujetos (Tarrés, 2001). Así se consideró que el análisis de las condiciones contextuales es indispensable para comprender los significados de la acción social (Weber, 1981), en este caso para captar e interpretar los elementos significativos de la atención del parto en este modelo de atención. En la investigación cualitativa es pertinente hacer descripciones de contextos, acontecimientos y en general de aquello que resulta importante para los sujetos de la investigación (Taylor

y Bogdan, 1996)

Partí también de considerar la necesidad de estudiar el conocimiento en relación con el contexto en el que se ha originado. Berger y Luckmann (2006), basándose en gran medida en la fenomenología de Alfred Schütz desarrollaron la “Sociología del conocimiento” como un fundamento teórico para la sociología. Desde este enfoque se propone que los estudios sociológicos tengan presente que aquello que llamamos “realidad” y “conocimiento” lo son para contextos sociales específicos, por lo que las relaciones de dichos contextos deben ser analizadas sociológicamente³⁸. Lo anterior aplicado a mi trabajo implicaría analizar los procesos y relaciones por los que ciertos postulados, conocimientos y acuerdos dentro del discurso de la partería profesional resultan válidos en determinados contextos.

Contextualizar es un paso importante para llegar a comprender. La sociología busca comprender el sentido de la acción humana. *Comprender la realidad de la vida que nos circunda, y en la cual estamos inmersos, en su especificidad, queremos comprender, por un lado, la conexión y significación cultural de sus manifestaciones individuales en su configuración actual, y, por el otro lado, las razones por las cuales ha llegado históricamente a ser así-y-no-de-otro-modo* (Weber, 1993: 61).

Para el trabajo de contextualización, además de la indagación directa sobre la partería, me apoyé en los estudios y análisis sobre la medicina desde las ciencias sociales. Dichos estudios han tratado de desentrañar las condiciones económicas, políticas y culturales

³⁸ Karl Mannheim, Max Scheler, Thomas Kuhn, Berger y Luckmann.

que han regido el ejercicio de la institución médica como la hegemónica, en el ámbito de la salud y la enfermedad (Castro,2011).

También en la construcción de la mirada para abordar el fenómeno de la partería profesional fue necesario recurrir a las categorías de profesionalización, medicalización, la noción de Foucault de *saber-poder y biopolítica* que desentrañan el papel de la medicina en la vida cotidiana y sus alcances. También recurrí a estudios sobre el abuso y maltrato en la atención del embarazo y el parto (la llamada violencia obstétrica) y sobre el parto humanizado.

Lo anterior con la finalidad de comprender el fenómeno de la partería desde la interpretación que las parteras y aquellas inmersas en el *subcampo* de la partería profesional hacen, sin perder de vista que están social e históricamente contenidas.

Las categorías de análisis que me ayudaron a hacer una lectura de la experiencia subjetiva respecto a la atención del parto son aquellas referentes a los mandatos de género, pues estas categorías desentrañan mandatos interiorizados que han direccionado el deber-ser femenino y que han colocado a lo femenino en un espacio de valoración social inferior.

En este sentido puedo decir que mi trabajo tuvo una lectura de género, en tanto se apoyó y se inscribe en investigaciones que buscan romper con enfoques androcéntricos y mostrar el papel que las mujeres han tenido en ciertos procesos sociales. Este análisis pasa por el reconocimiento de que existe un conjunto de ideas, representaciones y creencias que subordinan a las mujeres y que son recreadas en las relaciones sociales, pero que se presentan como naturales (Bartra, 2012; Gargallo, 2012; Ríos, 2012).

Como herramienta fundamental para acercarme a los discursos, experiencias y

significaciones de las parteras, elegí la entrevista, la consideré el método más adecuado por darme la posibilidad de hacer una lectura del contexto social a través de lo comunicado por las mujeres entrevistadas. La entrevista fue acorde con los objetivos de mi trabajo al permitirme hacer énfasis en la visión de las parteras, en el análisis contextual y el significado de las relaciones sociales (Vela, 2004).

Entiendo el papel de la entrevista individual en la investigación social como representativa de las relaciones sociales interiorizadas. Un testimonio individual es tomado como muestra de la continuidad, del reflejo de modelos culturales interiorizados, de ahí la posibilidad de analizar la práctica social a partir del testimonio (De Souza, 1995).

En la investigación cualitativa “Se asume que la interrelación en el acto de la entrevista contempla lo afectivo, lo existencial, el contexto del día a día, las experiencias, y el lenguaje de sentido común, y es la condición “sine-qua-non” del éxito de la investigación cualitativa” (De Souza, 1995:106). Además, en las entrevistas de tipo no estructurado es posible hallar que tanto lo afectivo como las experiencias son más determinantes de los comportamientos que aquello racional-intelectual.

Trabajé con entrevistas semiestructuradas, esta forma me pareció ideal para lograr que las mujeres entrevistadas se sintieran en una relación de confianza que les permitiera tener disposición de compartir conmigo y explorar al mismo tiempo elementos de sus experiencias. Esta técnica resultó muy apropiada, además, porque me permitió improvisar preguntas a partir de lo que mis informantes me compartían, así como profundizar en aspectos que en el curso de la entrevista aparecieron en los relatos de mis informantes y que eran de mi interés, aun cuando previamente no los había contemplado.

Puse especial atención en el tipo de lenguaje que usan las parteras, además de las respuestas a las preguntas, qué términos usan, como se refieren a ciertos temas, para tratar de ubicar (si existe) un lenguaje propio de este *campo* (*subcampo* en el campo de la salud). Anoté referencias a personajes relevantes para la partería, ciertos autores, y el uso de diversos términos para referirse a procedimientos médicos, técnicas terapéuticas, estados de salud y/o padecimientos de la embarazada, procesos del embarazo y el parto. Ello me implicó una búsqueda de las palabras usadas, que resultó para mí en un cierto tipo de conocimiento especializado, el lenguaje de la partería.

Desde algunos enfoques se habla de la entrevista como una situación de desigualdad en la relación que se establece entre entrevistador y entrevistado (Taylor y Bogdan, 1987). Para evitar esta desigualdad, me incliné por el formato de entrevista abierta, lo que permitió que este punto quedara bajo cierto control. Usualmente yo me presentaba y explicaba de qué trata mi investigación y les decía algo más o menos así “Lo que me gustaría es que me contaras cómo llegaste a la partería, cómo fue que decidiste ser partera, cómo viviste ese proceso, qué te motivó”. Me parece que estas preguntas les resultaban cómodas y detonaban relatos que me hablaban de su formación previa, sus ideas, su contexto, las más de las veces hacían referencia a su infancia o a épocas muy anteriores que de alguna manera ligan con el hecho de elegir la partería. En varias ocasiones sucedió que esta pregunta resultaba suficiente para que mis informantes abarcaran aspectos que me interesaban, por lo que ya no era necesario plantear otras preguntas, sino sólo encaminar tomando como base de mi duda comentarios o referencias que ellas hacían. Esto ayudó a que las entrevistas resultaran más bien ser una conversación en la que los temas nuevos vienen a colación a partir de lo mencionado.

Otro punto que favoreció el intercambio equitativo es el perfil de las mujeres que entrevisté, al ser profesionistas, urbanas, mujeres “progresistas”, no había desigualdad jerárquica entre ellas y yo en el sentido de lo académico. Además, al ser un tema que está cobrando relevancia y que resulta atractivo por novedoso, y por ser un elemento que forma parte en la discusión actual de atención al parto están acostumbradas a ser el centro de atención y a hablar sobre su labor.

Los temas rectores de la entrevista fueron los siguientes:

- La formación en la partería y en medicinas alternativas.
- Tipo de atención brindada, la concepción de la maternidad y del cuerpo femenino, expresión de los Derechos reproductivos.
- Atributos y elementos socioeconómicos claves.
- Experiencia personal de la partería.

* Cuestionario completo en anexo 1, pág. 137.

Otros recursos metodológicos

Gran parte de mi trabajo lo dediqué a la revisión bibliográfica, además de los textos teóricos, recurrí a tesis, libros, documentos de difusión de organizaciones de parteras y de parteras independientes, libros hechos por parteras, páginas web de organizaciones de parteras, pero también de grupos feministas y algunas otras con información de parto humanizado, derechos reproductivos, lactancia, etc. Consulté páginas web, blogs y folletos de promoción y difusión de servicios privados relacionados con la partería profesional. También recurrí a materiales audiovisuales, específicamente documentales. Formé parte de manera activa de las páginas de Facebook de las organizaciones, lo que

me permitió relacionarme con las conversaciones, debates y temas que de forma cotidiana tienen lugar para ellas en esos espacios.

En mi trabajo de campo además de las entrevistas, asistí a los foros realizados por la Asociación Mexicana de Partería. A.C. en 2014 y en 2015, estuve presente en presentaciones de películas y otros eventos alrededor de la partería profesional³⁹ en los que me mezclé con las participantes como una asistente más y de esta forma pude realizar observaciones de estas mujeres en su medio, como observadora participante. Tomé talleres⁴⁰ con ellas y tuve conversaciones informales con muchas parteras, con doulas y con mujeres que atendieron sus partos con parteras profesionales contemporáneas. También participé en una sesión de un grupo de madres, llamado “Compartiendo maternidades”, un grupo autónomo, que busca ser un círculo de contención y apoyo para mamás. Las mujeres que forman parte del grupo están inscritas en el discurso de la maternidad alternativa (Relato de la sesión en anexo 2, pág. 139).

Unidad de estudio y de análisis

Entendiendo como unidad de estudio el *ámbito donde se realiza la investigación de campo* (Guber, 2004: 107). En mi trabajo la unidad de estudio está conformada por los espacios virtuales y físicos en los que se ofrecen los servicios de parteras, la información de este estilo de atención del parto, las parteras mismas, estudiantes de partería, y en general todas las personas allegadas a la partería profesional.

³⁹ Dentro del festival ambulante en la ciudad de México entre abril y mayo del año en curso hubo varios eventos dedicados a tratar los temas de partería, salud y derechos reproductivos. Se exhibieron películas documentales, mesas de debate, talleres, pláticas y experiencias sensoriales.

⁴⁰ En el foro de la Asociación Mexicana de Partería tomé los talleres “Partera: mente, corazón y manos” “Sexualidad en el embarazo”, en el foro ambulante 2016 tomé el taller “La naturaleza del parto”, también asistí a eventos de promoción de la lactancia en los que participaron parteras, entre otros.

Las agentes de mi investigación tienen ya establecida una cierta delimitación, un reconocimiento de “la comunidad de parteras” de igual manera la categoría de Parteras profesionales es usada en la partería, por lo que es factible decir que el corte o la delimitación del *subcampo* está establecido desde ellas mismas, es decir que son las agentes de mi investigación quienes previamente han hecho el corte al que yo he de referirme. Seleccioné a mujeres que atienden en el Distrito Federal, únicamente una de mis informantes es una partera que radica y atiende en Quintana Roo (pero que atendió en la CDMX) la entrevista con ella surgió como una entrevista de oportunidad.

Traté de buscar a parteras con distintos perfiles de formación, de experiencia y que pertenecieran a diferentes generaciones. También entrevisté a 3 estudiantes de partería. Puse especial interés en el Distrito Federal, por ser el máximo centro urbano del país, con gran oferta de atención hospitalaria del parto (a diferencia del medio rural en el que la atención de parteras tradicionales ha prevalecido).

La selección de muestra para mi trabajo de investigación es una muestra evaluada (Guber, 2004), elegida con base en la elección de ciertas características en mis informantes que considero significativas para el estudio. Las características que privilegié en la elección fueron la experiencia, el tipo de formación que tuvieron y el papel que desempeñan dentro del *campo* de la partería en la actualidad. Basándome en ello, elegí acercarme principalmente a mujeres que no ocupan un papel como fundadoras de alguna organización, pioneras en la práctica, voceras, es decir, mujeres que no cuenten con un papel protagónico en el en la PP, pues pienso que aquellas que sí lo tienen cuentan con un discurso sumamente estructurado que me impediría acercarme a sus significaciones personales, además seguramente su experiencia es distinta a la de parteras “anónimas”.

Mi muestra está constituida por 10 entrevistas (ver anexo 3). Si bien mi muestra no es exhaustiva numéricamente, si pretendió tener profundidad para dar cuenta de los discursos de parteras profesionales, de las significaciones que dan a su práctica, y de las relaciones sociales en las que está inserta dicha práctica.

Para el análisis de las entrevistas utilicé el método de codificación propuesto por la llamada teoría fundamentada (Taylor y Bogdan, 1987), el procedimiento que seguí inició con la transcripción de las entrevistas, pues fueron registradas con grabadora de sonido; una vez transcritas las entrevistas, notas de campo y los resultados de observaciones, identifiqué puntos comunes y significativos, palabras y frases del propio vocabulario de mis informantes (conceptos, creencias, conductas, descripciones, etc.), así como temas previamente definidos por los intereses de mi trabajo, surgidos en la revisión de la literatura y en mi observación del campo.

Estos puntos se volvieron las categorías o códigos guías y a partir de ahí ubiqué en cada una de las entrevistas dichos códigos. Una vez codificado todo el material, reuní todos los fragmentos que formaban parte de un mismo código o categoría y a partir de ahí pude hacer una lectura global de lo que las entrevistas decían de cada tema, esto me permitió relacionar entre sí las diferentes respuestas de las entrevistas y poder de esta forma analizar e identificar acuerdos y posturas sobre diversos temas o bien casos negativos, es decir que contrastaban con la mayoría de los casos.

Haciendo lo anterior y posteriormente relacionando las entrevistas entre sí fue como pude armar un discurso predominante en las mujeres entrevistadas.

Capítulo 3. Fenómenos contextuales que favorecen la emergencia de la partería profesional contemporánea

Crisis de la medicina: el poder de la medicina y la medicalización del parto

Dado que en las sociedades occidentales contemporáneas la ciencia es concebida como el discurso de la verdad, la medicina y sus profesionales aparecen como una de las autoridades más importantes de nuestro tiempo (Foucault, 1996: 87).

Por qué razón el auge de la partería profesional contemporánea (PP) está ubicado en este momento histórico y no en otro. Pienso que la respuesta es que hay una serie de elementos que convergen y hacen posible no solo que surja esta partería, sino también que sea recibida y acogida por un determinado sector social. Uno de estos elementos es la llamada crisis de la medicina, uno de cuyos rasgos se hace visible en la difusión respecto a las consecuencias negativas de la alta medicalización.

La regulación de la natalidad, como se mencionó antes, ha sido un área de especial interés en la que medicina, instituciones de salud y gobierno han intervenido consecuentemente. En concordancia con ese interés, la medicina se encargó del parto, y los gobiernos lo definieron como deseable, pues se presumía que con esta medida los nacimientos estaban seguros. La atención del parto por los médicos en México, lo que llamaremos la medicalización del parto, se había iniciado ya a inicios del siglo XX y es el correlato de la llegada del parto a los hospitales.

La palabra medicalización alude al proceso por el que ciertos fenómenos y procesos corporales han sido definidos como fenómenos médicos. La medicalización resulta en una expansión del dominio de la competencia médica a diversas actividades de la vida

cotidiana. Esto implica que sujetos, grupos e instituciones acaten la definición médica de fenómenos humanos, y compartan prácticas culturales que legitimen el uso de conceptos médicos y teorías e intervenciones médicas para tratarlos, con el objetivo de cuidar o restaurar la salud⁴¹. En el proceso de medicalización se da por hecho el papel benéfico de la medicina pues se impone el papel de verdad que ocupa socialmente. Así el discurso médico forma parte de la vida de los sujetos y de su idea de lo que es sano, hay una confianza muy amplia en el médico el cual es visto como desinteresado y neutral, lo que implica que el papel que la medicalización ocupa en la vida de los sujetos y el control que con ello ejerce pasa desapercibido (Morgan, 1998. Márquez y Meneu, 2007). Las mujeres han sido un sector clave en la medicalización, por ser las asignadas del control de los embarazos y por lo tanto usuarias de anticonceptivos.

En el fenómeno de la medicalización confluyen los intereses de empresas farmacéuticas multinacionales, equipos médicos de investigación que con ellas colaboran; leyes y programas estatales. Las empresas farmacéuticas obtienen gran rentabilidad de la financiación colectiva de la salud y la enfermedad, por mediación de las instituciones de salud públicas, que son grandes clientes y prescriptoras de sus medicinas. La publicidad también tiene un papel sumamente importante en el fenómeno de la medicalización, pues los medios de comunicación hacen difusión que promueve la medicalización de la vida. Por lo tanto, el tema se mueve entre intereses complejos (Foucault, 1996. Márquez y Meneu, 2007).

El parto como fenómeno médico, parte de la noción de que es un evento que conlleva

⁴¹ Podemos ver fenómenos como la sexualidad, el cuidado estético del cuerpo, la alimentación y la limpieza de los espacios cotidianos influenciados por conceptualizaciones médicas.

ciertos riesgos, un evento potencialmente patológico, y desde la medicina se buscó controlar dichos riesgos. Así es como se establece y normaliza una vigilancia de las mujeres embarazadas y del parto. En tanto la medicina parte de la construcción del cuerpo embarazado como un cuerpo en riesgo, los médicos señalan la necesidad de controlar a las mujeres embarazadas y prepararlas para que “colaboren” durante el trabajo de parto (Erviti, 2010).

Natalia Magnone (2013) plantea que en la atención del parto se exageran los riesgos. Igualmente menciona que la sociología del riesgo propone considerar al riesgo como un dispositivo biopolítico de dominación. Esto coincide con lo que menciona Davis-Floyd (2001), quien plantea que las intervenciones médicas en el parto actúan como rituales que hacen creer a las mujeres que sus cuerpos necesitan de la intervención y de la alta tecnología para parir. La mayoría de las mujeres acepta y naturaliza el alto nivel de intervencionismo en sus partos. Sin embargo, desconocen que el exceso de intervenciones puede alterar el equilibrio entre las distintas hormonas que actúan en el proceso de parto. La autora también señala, con base en entrevistas realizadas, que tanto el sistema de salud como las usuarias tienden a creer que mientras más tecnología se use en la atención del parto mejores resultados se obtendrán.

El incremento del proceso de medicalización provoca como respuesta que los miembros de la sociedad se vuelvan vigilantes de las órdenes médicas. Así, a las mujeres embarazadas las amistades y los familiares les vigilan constantemente, para ratificar que su forma de vida y de consumo sean los adecuados en el embarazo. Otra de las respuestas de la medicalización es la práctica extendida de someterse frecuentemente durante el embarazo a la vigilancia médica. El embarazo saludable ha llegado a ser, cada

vez más, definido como aquel que está mediado por las tecnologías de vigilancia materno – fetal. Las mujeres lo han interiorizado como su deber y se someten voluntariamente al autocontrol. Las mujeres embarazadas deben “obedecer” las recomendaciones médicas por su bienestar y el de su hijo, ya que, de acuerdo a los discursos médicos dominantes, una madre responsable es aquella que somete a vigilancia cada etapa de su embarazo y que “colabora” en el momento del parto (Erviti, 2010, 2013).

En algunos países la medicalización utiliza el poder de los tribunales y la policía para extender el control médico en la vida de las mujeres, por ejemplo, son amenazadas y hasta encarceladas las mujeres embarazadas que se niegan a atenderse en hospitales o quienes brindan atención fuera de ellos⁴² (Morgan, 1998). La atención prenatal es otra forma ejemplar y facilitadora del control hacia las mujeres, que tiene su efectividad en la insistencia de la probabilidad de patologías en el nacimiento (Oakley ,1985).

Ahora bien, sabemos que en los centros de salud, el trato médico-mujeres se desarrolla en un marco institucional que busca eficiencia y rapidez, por lo que desde que una mujer ingresa a la institución se ve sujeta a una serie de prácticas orientadas a garantizar la funcionalidad institucional (Castro y Erviti, 2014). El trato que se brinda es estandarizado y protocolizado, funcional para el personal de salud, pues laboran en un ambiente de tensión y alta carga de trabajo, pero lo que institucionalmente es efectivo, se traduce para

⁴² En México, mujeres parteras indígenas han manifestado que se les ha amenazado con llevarlas presas si atienden partos. Otro ejemplo, es el de Argentina, en el 2010 se presentó un proyecto de ley (exp. 7719-D-2010) que pretende que los partos sean atendidos solamente dentro de instituciones médicas públicas o privadas y la exclusión del ámbito del domicilio y casas de partos. Cabe mencionar que a raíz de esta situación surgió una campaña que se llamó “Por el derecho a elegir cómo, dónde y con quién parir”, que logró conservar el ámbito domiciliario en el proyecto de ley del ejercicio de la obstetricia. Y un ejemplo más es el caso de Agnes Gereb, partera profesional húngara que en el 2012 fue sentenciada a dos años de prisión y 10 años sin poder ejercer su profesión, detenida por “poner en peligro la vida de otros” desde ese momento se le tuvo en arresto domiciliario, se le dictó sentencia y se le detuvo.

las parturientas que acuden a esa atención, en un trato que las despersonaliza y subordina, y de esta manera se afecta su capacidad de reclamar por sus derechos. (Castro y Erviti, 2014).

Los protocolos a los que me he referido abarcan aspectos tanto de los encuentros médicos - mujeres hasta la implementación de procedimientos que incluyen uso de medicamentos y/o aparatos. Esta situación ha tenido especial interés para investigadores y organismos interesados en el tema del embarazo y el parto, también está directamente relacionado con la llamada violencia obstétrica. Trataré este tema en el apartado siguiente.

La mirada sobre la atención del parto

Otro punto que resultó propicio para el desarrollo de la partería profesional tiene que ver con la difusión de informaciones sobre maltrato, malas experiencias de mujeres en sus partos y el reconocimiento de los daños a la salud derivados de ciertas prácticas rutinarias en los hospitales. Esta información y pronunciamientos son resultado de investigaciones motivadas por las quejas de las mujeres atendidas en las salas de parto de los hospitales, por la preocupación sobre la alta mortalidad materna y finalmente por las críticas a las instituciones de salud desde las organizaciones sociales (feministas y que abogan por los derechos reproductivos) ante esta problemática. Estas luchas por los derechos reproductivos de las mujeres lograron el reconocimiento en las constituciones de algunas entidades federativas de la llamada violencia obstétrica, término que desde la perspectiva jurídica resulta esencial para abordar el problema.

Sin embargo, esta problemática desde las instituciones de salud se trató como un asunto relacionado únicamente con el problema de la mortalidad materna y las intervenciones

se encaminaron a lograr que todos los embarazos y partos fueran atendidos en los hospitales. Se estimó que alrededor del 95% de las muertes maternas podían evitarse si las mujeres recibían una atención adecuada y oportuna (Aramburú, 2012), planteando que la mortalidad materna es atribuible en gran medida a deficiencias en el acceso a los servicios de salud y en la atención brindada, ambas relacionadas con situaciones de discriminación, exclusión, pobreza y marginación.

La estrategia a la que apostó México para reducir las cifras de muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, fue lograr la cobertura total en la atención médica a mujeres embarazadas. Tratar de cumplir con ese objetivo hizo evidente que la Muerte Materna es un problema que tiene variadas dimensiones y que no se limita al establecimiento legal del derecho para todas las embarazadas a recibir atención médica⁴³. Si bien entre los conflictos que impiden erradicar la muerte materna, está el hecho de que no existe una infraestructura suficiente para cubrir los requerimientos de la atención (hospitales, clínicas, personal de salud, ambulancias, helicópteros, etc.), no es suficiente para explicar la situación. La complejidad y heterogeneidad cultural de la población mexicana, requiere de una atención que tome en cuenta sus especificidades culturales, geográficas, económicas; factores determinantes cuando de mortalidad materna se trata (Espinosa, 2013).

Podemos preguntarnos qué es lo que sucede en la atención del parto que puede llegar a perjudicar la vida de las mujeres, pues bien, desde 1985 en la Declaración de Fortaleza, Brasil la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pronunció diciendo que la forma

⁴³ Según el Observatorio de Mortalidad Materna el 83.64 por ciento de las muertes maternas en México ocurre en los hospitales (Freyermuth, Luna, y Muños, 2013).

institucional en la que se atendía el parto era dañina para la salud de las mujeres y recomendaron mantener la tasa de cesáreas máximo entre 10 y 15% de los nacimientos. También hicieron notar que ciertos procedimientos resultan dañinos para la salud de las mujeres, como: episiotomía, uso de fórceps, administración de medicamentos que buscan acelerar las contracciones, acelerar la dilatación del cuello uterino, eliminar el dolor⁴⁴, frecuentemente estos métodos causan sufrimiento fetal, lo que hace urgente llevar a cabo una cesárea. Las intervenciones y medicalización innecesarias se muestran como un factor que propicia el deterioro de la salud y en casos extremos la muerte de las mujeres⁴⁵.

La cesárea requiere una mención especial dada a su alta recurrencia y las consecuencias en la salud de las mujeres. En las últimas décadas en México se ha registrado un incremento que supera con mucho el límite máximo recomendado (Gráficas de recurrencia de la cesárea en anexo 4, pág. 142). Este aumento está vinculado con una mayor morbimortalidad para madre e hijo, doble riesgo de morbilidad materna grave y de mortalidad materna, doble riesgo de obtener pobres resultados fetales, así como con un mayor número de partos pretérmino⁴⁶, muerte neonatal y con acretismo placentario⁴⁷ en el embarazo subsiguiente en aquellas mujeres con antecedente de cesárea (ENSANUT, 2013). Entre las causas que conducen a las cesáreas innecesarias las más frecuentes

⁴⁴ Sin embargo, puede causar que la mujer pierda todas las sensaciones y se vea limitada para hacer esfuerzo, lo que complica la expulsión.

⁴⁵ Se ha comprobado, por ejemplo, que la episiotomía favorece contraer de infecciones y que la cesárea innecesaria presenta riesgos para la madre de hasta seis veces más que un parto normal (CPMSM, 2013).

⁴⁶ Embarazos que duran menos de 37 semanas de gestación.

⁴⁷ Consiste en una adherencia anormal de la placenta a la pared uterina por la cual el alumbramiento puede conducir a una hemorragia.

son: mal uso de diferentes intervenciones médicas⁴⁸; el concepto que prevalece sobre el hecho de que una cesárea forzosamente precede una cesárea subsecuente; información sesgada otorgada a las mujeres sobre los beneficios del parto vaginal y riesgos que conllevan las cesáreas; afán de lucro de los proveedores; incentivos económicos relacionados con las aseguradoras, y comodidad para personal médico y usuarias⁴⁹ (ENSANUT, 2013).

Otro elemento que ha actuado en detrimento de la percepción de la atención médica del parto es el referente a procedimientos y prácticas institucionalizadas en los servicios de salud en México, como negación del servicio, discriminación y maltrato hacia las parturientas. Castro y Erviti señalan que en los servicios de salud se ha tratado a este problema como falta de “calidad en la atención” sin embargo, de acuerdo a estos autores (...) *no se trata de meros problemas de “calidad de la atención” sino de violaciones de derechos básicos de las mujeres en el marco de los servicios de salud (...) el mayor número de quejas por mala práctica médica que reporta la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en los años de 2000 al 2012 corresponden al área de ginecología (2,877 quejas concluidas) (2014: 38).* Entre esas quejas hallamos negación del servicio, discriminación y maltrato hacia las parturientas, prácticas rutinarias que resultan dañinas para la salud de la mujer. Todo lo mencionado ha llevado a hablar de violencia hacia la

⁴⁸Uso de oxitocina en la primera etapa del trabajo de parto; monitorización electrónica fetal de rutina, ruptura artificial de membranas antes del trabajo de parto, uso de analgésicos y anestésicos.

⁴⁹ Como atender un parto en menos tiempo. Por otro lado, las parturientas algunas veces prefieren ser atendidas por cesárea por la creencia de que padecerán menos, esto último sucede sobre todo en hospitales privados que es donde existe la posibilidad de elegir e incluso programar la cesárea.

mujer en la atención del parto, también como ya se ha señalado más arriba de violencia obstétrica.

Hasta febrero de 2015, los estados de Chiapas y Veracruz han tipificado la violencia obstétrica en sus códigos penales. Zacatecas y Jalisco cuentan con iniciativas en trámite que van en el sentido de la criminalización. Ocho estados, entre ellos los dos que la tipificaron, incluyen “violencia obstétrica” en sus leyes de Acceso a una Vida Libre de Violencia (LAVLV); y cuatro estados ya tienen iniciativas para agregar el concepto en su LAVLV (GIRE, 2015).

De acuerdo a estas legislaciones, la violencia contra las mujeres en la atención del parto se manifiesta cuando hay violencia física, prácticas invasivas, la práctica abusiva de cesárea pese a existir condiciones para el parto natural, suministro de medicamentos injustificados o negación de la atención médica. También se contempla si hay indiferencia ante solicitudes o reclamos, regaños, burlas, ironías, decisiones médicas sobre el parto que se toman sin su consentimiento, hasta en caso extremo esterilizaciones forzadas (GIRE, 2015).

Una de las quejas constante de las mujeres que han vivido su parto en instituciones de salud públicas es la referente a la realización del tacto, manifestando que se les realiza en repetidas ocasiones, lo que las lastima. Además, con frecuencia esta práctica es realizada por varios médicos practicantes, lo que causa dolor y un sentimiento de pérdida de intimidad, incluso de violencia, al encontrarse desnudas, sólo con una bata, con las piernas abiertas, expuestas para ser revisadas cuantas veces determinen que es necesario.

Si hay nociones limitadas respecto a los Derechos Sexuales y Reproductivos es entendible que la atención que se brinde no tome en cuenta la opinión de las usuarias, que no se piense en términos de sus elecciones, de sus necesidades. Entonces, suponemos que estar en una institución desprovista de esta visión es estar dentro de una institución que mira a la mujer de forma tradicional, lo que significa subordinada, con una visión que castiga la sexualidad femenina, una mujer dependiente, infantilizada e inestable emocionalmente. En esta concepción el “instinto materno” es intrínseco al ser mujer, aquellas que no lo manifiestan son mujeres desnaturalizadas (Erviti, 2010; 2013).

Si a esto le sumamos que la ciencia médica y las disciplinas aliadas reclaman ser especialistas y tener la jurisdicción sobre todos los aspectos de la reproducción, convertidas en la fuente central de la cultura social del nacimiento (Oakley, 1985), entendemos que las órdenes médicas deben ser acatadas por el propio bien de la paciente, entonces el enfrentamiento parturienta- médico, pone en una notoria desventaja a la mujer.

Esta concepción se pone de manifiesto todos los días en prácticas ya establecidas en los centros de atención al parto. Por ejemplo, las pacientes que son madres solteras reciben una atención médica especial y secundariamente son referidas con las trabajadoras sociales médicas, así como transferidas a los grupos de alto riesgo. Además, ser de clase social baja y ser madre soltera son combinaciones y factores obstétricos considerados como embarazos de alto riesgo. Para evaluar la cercanía o el distanciamiento de la paciente respecto al ideal femenino del que parten los médicos, entrevistan a sus pacientes exhaustivamente acerca de sus roles sociales (Oakley ,1985).

Derechos Sexuales y Reproductivos, un poco de historia y contexto

Otro tema que resulta propiciatorio de la elección del parto, parto humanizado, es el debate en torno al derecho a decidir sobre el propio cuerpo. El origen o sustento de ese discurso lo podemos ubicar en los años 90 cuando en distintas partes del mundo hay movimientos de mujeres que pugnan por que se tenga acceso a lo denominado “Salud reproductiva” estos movimientos motivaron que en la IV conferencia de El Cairo sobre Población y Desarrollo los temas de población dejaran de poner atención únicamente en las cifras y se atendiera también a los sujetos y sus necesidades. El resultado es un parteaguas, pues por primera vez en la historia se reconocieron los temas reproductivos como sujetos de derecho (Espinosa, 2000). Así es como va formándose un espacio de reconocimiento de los derechos sobre el ejercicio de la sexualidad, espacio en el que habrá de fundamentarse un amplio movimiento de mujeres que hablan del derecho a decidir sobre el propio cuerpo; el embarazo y el parto son momentos en los que se juega este derecho. En México se incluye por primera vez la salud sexual y reproductiva en el Plan de Desarrollo 1995.

Este marco de referencia permite que se piense y se hable ya no solo de la situación desfavorecida en la que se encuentran las mujeres por su condición de género, sino que una vez que hay una legislación a favor del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se puede ahora hablar de las limitaciones, culturales, económicas, políticas e institucionales que impiden que se ejerza ese derecho. Es decir que hay toda una realidad que impide ejercer los derechos reconocidos por la ley.

Muchas voces de mujeres tomaron el tema y hablaron al respecto, hicieron del derecho a la salud sexual y reproductiva un punto de arranque desde el cual poder luchar por el derecho a tener un parto sin prácticas que perjudicaran la salud de las mujeres o de sus hijos.

Es en el cruce entre el ejercicio de los derechos y la crítica a los servicios de salud que se habla de la mujer como centro de atención del parto, del ejercicio a decidir sobre su cuerpo, sobre cómo parir y dónde.

Medicina alternativa

Quienes se adscriben a este tipo de partería, ya sea como prestadoras del servicio o bien, como mujeres que lo eligen para atender su parto, son cuantitativamente las menos. El grueso de la población de mujeres embarazadas contempla como lo adecuado para la atención del parto, el control médico en un hospital. Entonces, podemos pensar que esta minoría tiene características particulares que la orienta a elegir la partería como opción. Una como ya se dijo puede ser el rechazo del parto hospitalario, otra es la concepción de derechos, el ejercicio de la ciudadanía reproductiva, y pienso que una tercera característica puede ser la adhesión personal a los valores de vida “alternativos”.

En la actualidad hay algunos movimientos que ostentan una forma de consumo que podemos llamar alternativo. Ya sea por rechazo al sistema económico, por la búsqueda de un tipo especial de valores, de cuidados de la salud, cuidado del medio ambiente, o por seguir una tendencia, etc. existen una serie de iniciativas individuales y grupales donde estos elementos son llevados a la práctica. No podemos decir que estos movimientos sean nuevos, tampoco puedo hacer una definición exhaustiva en este

trabajo, pues no es el tema del mismo, basta mencionar que dichos movimientos se articulan en torno a varios temas que van desde la alimentación, la educación, el cuidado de la salud, sistemas de creencias y otros. Algunos de ellos cargados de tintes políticos, otros enfocados en la búsqueda espiritual, los hay que piensan la salud como prioridad o la ecología, etc. Como ejemplos tenemos la proliferación de huertos urbanos, la práctica extendida en ciertos sectores, de la meditación, la llamada menstruación consciente, el mercado de alimentos orgánicos, distintas ofertas de medicinas alternativas y por supuesto el fomento del parto natural. Por no ser este tipo de consumo y estilo de vida el de mayor aceptación, no representa la forma hegemónica, y dado que las prácticas, formas de vida y organización resultantes se aprecian como una alternativa a lo que es percibido como la norma, es que le he denominado alternativo. Sin embargo, esto no significa que este consumo no sea absorbido por una lógica de mercado, así como incorporado y explotado desde la misma.

Es justamente entre las partidarias de este estilo de vida en quienes el parto asistido con partera profesional hace resonancia. El parto atendido desde la partería se inscribe pues, en los cuidados alternativos de la salud, por lo cual lo ubico en la medicina alternativa.

La sociología ha puesto atención en la medicina alternativa (MA). Un aspecto que ha interesado a la literatura sociológica es la forma de nombrar este cúmulo de prácticas y concepciones que así se denominan. Cuando se dice que este tipo de medicina es “alternativa” se hace una exclusión y diferenciación, se alude a lo que no es, es alternativa respecto de la medicina alópata (Haro, 2000; Gale, 2011). Partiendo de lo anterior se puede definir a la MA en términos de prácticas médicas que no son aceptadas

actualmente como parte de la atención médica ortodoxa, la atención de salud regulada por el estado (Ning, 2014).

Otro aspecto que ha generado una gran atención académica, son los significados del uso, cada vez más recurrente, de la medicina alternativa y de la integración de ésta con la atención sanitaria convencional. La explicación a dicho fenómeno se atribuye a motivos ideológicos que incluyen la búsqueda del holismo, la espiritualidad, la curación natural y la responsabilidad individual de la atención de la salud (Ning 2014, Gale, 2011) Mary Douglas (1998) apunta a que la elección de la medicina alternativa tiene que ver con lo que ella llama la “elección de la opción por la delicadeza”, en la que el paciente elige métodos que son más delicados (en relación con la biomedicina) en el trato hacia sí mismo y hacia su cuerpo. Esto incluiría las preocupaciones sobre los efectos secundarios indeseables de los tratamientos convencionales más potentes; la forma en que los terapeutas alternativos tratan a sus pacientes, considerando el cuidado, la atención individualizada; el tiempo dedicado y la comunicación con cada uno de ellos que implica el compartir información. Entre otras razones más subjetivas de elección de la MA está la percepción de la mayor eficacia de las terapias, y otra explicación es que también se recurre a la MA cuando no se tiene éxito con los tratamientos convencionales en la cura de enfermedades (Gale, 2011).

Varias de las características mencionadas tienen lugar en la PP. El aspecto holístico tiene mucha presencia en los discursos de la partería profesional actual. Lo holístico se muestra en tres aspectos. Uno de ellos y el más significativo es el fomento de prácticas que para procurar la salud toman en cuenta la totalidad del sujeto, sus aspectos emocionales, mentales y espirituales. Otro aspecto contemplado dentro de lo holístico es

la atención preventiva y la inclusión de las medidas sociales y ambientales. Así, se alienta a los individuos a tomar conciencia de los riesgos para la salud de ciertos estilos de vida. Un tercer aspecto de la medicina holística incluye un elemento espiritual, se concibe la totalidad del sujeto en relación con lo sagrado⁵⁰, con el universo, el sujeto como parte de un todo y como un todo en sí mismo (Scott, 1999).

En el discurso de la partería profesional hay una referencia constante a lo holístico, a la necesidad de reconocer e integrar en la mujer embarazada lo corporal, lo mental y lo espiritual, esto como una parte fundamental de la atención. La partería se pronuncia también en contra del sistema patriarcal que jerarquiza lo femenino y lo masculino.

Para Mary Douglas (1998) las elecciones de productos y de prácticas son elecciones de tipos de sociedades, bien porque se pertenece a ellas y entonces resulta familiar, o porque se busca pertenecer a tales grupos o sociedades. La elección que se hace no es entre tipos de productos sino entre tipos de sociedades. Así, las mujeres que eligen la partería están eligiendo ideas sobre lo saludable, sobre un tipo de atención de mujeres y para mujeres, sobre su cuerpo, eligen la integración de su cuerpo, mente y espíritu, eligen darle voz a sus necesidades y decisiones.

Es imposible asegurar que en la atención con partera esto sea siempre así, pero el discurso de esta atención lo afirma y eso es precisamente lo que se elige. Entonces, el tipo de grupo al que se pertenecería con esa elección es a grupos de mujeres que eligen maternidades alternativas, mujeres con un tipo específico de información y que priorizan los elementos señalados.

⁵⁰ El elemento espiritual a menudo está directamente relacionado con la religión dominante o el sistema filosófico de la cultura de origen que produjo una modalidad particular de atención de la salud (Ning, 2014).

Siguiendo la idea de Ana Scott (1999), podemos pensar que sería lógico en los partidarios de la partería una tendencia a ser social y políticamente progresistas. Esto tiene algo de verdad, pues como se ha señalado anteriormente, una de las funciones del poder médico es el control de los cuerpos (Turner, 1999; Foucault, 2007), por lo que el cuestionamiento a dicha estructura de poder es una forma de resistencia. También podemos decir que existen vínculos entre la recurrencia a la partería y la participación en los movimientos de mujeres, así como ambientalistas, la reforma del estilo de vida, tendencias como el vegetarianismo, aunque claramente no todas las usuarias de la partería compartirían estas opiniones políticas (Scott, 1999; Gale, 2014). Sin embargo, también se señala que no hay un cuestionamiento claro en los partidarios de la medicina alternativa a las estructuras sociales y las particularidades de los sistemas de salud pública. A lo anterior le sumamos que la forma de consumo de las medicinas alternativas se hace de forma individual, por lo que se convierte en una forma pasiva de consumismo médico (Gale, 2014).

Algo que también es criticable dentro de la medicina alternativa con todo el sustento de auto-sanación de la enfermedad y los padecimientos como consecuencia de estados psíquicos y emocionales, es que hay una tendencia implícita a responsabilizar al enfermo de su enfermedad (Scott, 1999). Esto también aparece en el caso de la partería, si, por ejemplo, la parturienta no llega a parir de manera natural una de las explicaciones recurrentes es que no estaba suficientemente preparada.

Hay que mencionar que en la actualidad hay médicos, enfermeras y farmacéuticos que están utilizando e integrando técnicas de diferentes medicinas alternativas, de igual manera entre las instituciones biomédicas mundiales y locales, se promueve una

perspectiva holística de la salud y la atención sanitaria. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) define la salud en términos holísticos: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente como la ausencia de una enfermedad o dolencia".

Si bien el trato hacia el cuerpo y la concepción del mismo es diferente, hay que tener en cuenta que, al estar en un sistema regido por una lógica de mercado, la partería y otros servicios relacionados pueden estar apegados a los fines de lucro y con ello relativizar los sustentos discursivos de la práctica.

Para cerrar

En este capítulo, he tratado de exponer las condiciones para la emergencia de la partería, desde sus procesos políticos y sociales históricos hasta el momento actual con la emergencia y luchas de los movimientos feministas y de la salud y el logro del reconocimiento de los derechos reproductivos que posibilitó las quejas y denuncias de violencia y maltrato a las mujeres en las instituciones de salud. Enfatizo por un lado las denuncias y salida a la luz del abuso y maltrato en la atención institucional del parto y sus daños en salud, y por otro lado la búsqueda de derechos sobre la salud sexual y reproductiva, así como el ejercicio del derecho a decidir sobre el propio cuerpo y en un tercer momento hemos hablado de lo que llamé el consumo y estilo de vida alternativos.

Como señalan Douglas (1998) y Ning (2014) hay un acceso diferencial y un control de las diversas formas de atención sanitaria, que dependen de la cantidad de capital simbólico y material que poseen diferentes grupos de la población. En consonancia con esta idea, los elementos señalados en el presente capítulo explican que en determinados

grupos sociales pueda ser incorporada la idea de tener un parto atendido bajo el modelo de la PP, así como de formarse en partería profesional y ejercer.

Me parece que estos tres elementos son indispensables para que socialmente pueda ser incorporada la idea de tener un parto en casa, no estoy diciendo que las mujeres que recurren a este servicio sean partidarias de estos tres elementos ni tampoco que estén perfectamente informadas, ya sea de los dos primeros temas o bien totalmente ubicadas en el estilo de “vida alternativa”, lo que digo es que sin estos elementos el parto humanizado, parto libre o parto en casa no tendría resonancia social. Sus partidarias y las que en él se atienden pueden inclinarse bien hacia alguno de estos elementos de manera más o menos profunda, pero me parece que en este momento histórico esos tres elementos representan las condiciones de posibilidad para que el parto atendido en el modelo de partería profesional contemporánea pueda ser una realidad.

Capítulo 4. Resultados: narrativas desde la partería profesional

Perfil de las participantes

Mi estudio está conformado por 10 entrevistas a mujeres que estaban entre los 27 y los 61 años en el momento de la entrevista, de ellas 3 tienen un hijo, una tiene 2 hijos y 3 de las mujeres tienen 3 hijos, 2 de ellas estaban embarazadas de su primer hijo en el momento de realizar la entrevista y solamente una no tiene hijos, ni está embarazada. Entre las mujeres que tienen pareja 4 son casadas, 3 viven en unión libre con su pareja y 3 son solteras (Perfil completo en anexo 3 pág. 141).

Excepto Florence⁵¹ (que vive en Quintana Roo) todas ellas radican y atienden en la Ciudad de México, aunque eventualmente pueden ir a otra entidad federativa donde las contraten. Todas comparten la idea de que el parto natural es lo más deseable y es lo que promueven, las razones que sostienen esta idea, como ya se dijo, tienen que ver con que según su visión es lo más saludable tanto para el bebé, como para el feto, estas mujeres atienden tomando esta idea como el punto de partida general.

En las entrevistas se encontró que la atención se brinda de distintas maneras, dependiendo de las condiciones con que cuentan las parteras. Algunas de ellas no tienen un espacio que figure como consultorio, por lo que sus consultas son directamente en el hogar de la embarazada, espacio al que ellas se trasladan. Esta situación está directamente vinculada a la situación económica de la partera y a su independencia laboral, pues aquellas mujeres que trabajan en equipo fijo (pues una de las parteras expresó que a veces trabaja con alguien más y otra de ellas menciona que siempre

⁵¹ Los nombres de las informantes fueron cambiados para respetar su identidad.

trabaja con otra partera, pero no siempre es la misma), parecen tener más posibilidades de rentar un espacio, lo mismo quienes tienen otra entrada de recursos además de la partería. En uno de los casos la partera tiene un espacio adecuado en su casa y en él realiza las consultas.

Un punto en común en todas las parteras que yo entrevisté es que están siempre dispuestas a negociar con las parejas la cifra de sus honorarios. La cifra inicial de estos varía en parámetros que van en el caso de las consultas desde 300, hasta 500 pesos y en el parto desde 7mil⁵² hasta 20 mil pesos. Se puede plantear que el tener más tiempo atendiendo, provenir de clase media alta, así como contar con el reconocimiento de la comunidad de parteras, abre la posibilidad de establecer mayores cuotas. Es decir, a mayor capital simbólico (prestigio) mayores ingresos.

Entre las mujeres de mi muestra, de las 6 parteras que ejercen la profesión 5 de ellas cuentan con un lugar para atender, viven en colonias catalogadas como de clase media-alta, también tienen en común que han vivido en otros países (2 de ellas son extranjeras) entre ellas 4 cuentan con auto propio y una más tiene disponibilidad para usar un auto. Sólo una de las parteras entrevistadas vive en una colonia popular, no cuenta con algún lugar para atender, ni con automóvil. De las 3 estudiantes de partería entrevistadas, sólo 1 cuenta con auto que comparte con su pareja y las 3 viven en colonias populares. En cuanto a la mujer que atendió su parto en este modelo de partería vive en una de las colonias más exclusivas de la CDMX y tiene ingresos muy superiores a la media nacional, aunque no cuenta con auto propio.

⁵² En este caso la partera expresó que cobra siete mil pesos si trabaja ella sola, con otra persona el costo asciende.

Algo que todas tienen en común es que utilizan en alguna medida la medicina alternativa además de la alopática (sólo una estudiante de partería y practicante manifestó que no recurre a la alopática), algunas simplemente recurren a la homeopatía, mientras que otras utilizan y combinan homeopatía, reiki, masaje, herbolaria, etc.

De las mujeres entrevistadas 6 pertenecen a la Asociación Mexicana de Partería. A.C. En la mayoría pude identificar parámetros de comportamientos que resultan ser alternativos y tienen que ver con el cuidado de la salud, del medio ambiente y del consumo en general, todo ello con implicaciones entre sí. Sin embargo, estos rasgos de vida alternativa están presentes en niveles muy distintos, algunos muy incipientes, pero en uno de los casos llevados a un nivel tal que incluso su hogar ha sido modificado para adaptarlo a este estilo de vida (baño seco, tuberías para reciclar el agua, calentador solar, huerto en el patio, etc.). El caso de sus posturas respecto a la maternidad es un tema que se incluye en esta visión y que tiene parámetros muy definidos, dentro de lo que he llamado en este trabajo la maternidad alternativa.

Es interesante que la mayoría de las parteras y estudiantes de partería entrevistadas, a excepción de una, tienen vínculos con la medicina, ya sea desde su familia o bien desde su espacio personal: 4 son enfermeras, 2 de ellas psicólogas (que también es incluida dentro del espacio de profesiones de la salud) y una más es directamente licenciada en partería por una universidad en Alemania (la partera es alemana). Además de su formación, los padres y madres de 2 de las mujeres entrevistadas pertenecen al *campo* de la salud, como enfermera y medico respectivamente en ambos casos, en lo cual vemos un señalamiento de las profesiones adecuadas para las mujeres, lo mismo en cuanto a 2 mujeres de mi muestra que manifestaron haber tenido un interés anterior por

la medicina y en ambos casos fue por cuestiones de género que no ingresaron a dicha carrera⁵³.

En el discurso de las parteras entrevistadas todas manifiestan un claro desacuerdo con la forma de atención institucional del parto, y con la forma en que el cuerpo femenino embarazado es abordado desde la medicina.

⁵³ Cabe mencionar que tengo conocimiento de parteras que atienden parto en casa cuya profesión es la medicina directamente, pero en este caso mi muestra se configuró aleatoriamente con mujeres que tienen las características mencionadas.

Narrativas de parteras profesionales

En este apartado presento el análisis de las entrevistas valiéndome del marco teórico presentado previamente. Y buscando crear un puente entre la teoría y las experiencias y modos de pensar que las mujeres entrevistadas expresaron.

Lo que busqué fue leer los eventos que configuran sus vidas, la peculiaridad de trayectorias y creencias de cada una desde una mirada que permita atisbar en sus relatos elementos de orden social. Las entrevistas por sus contenidos, por lo que las mujeres me platicaron resultan de una gran riqueza, la mayoría inicia el recorrido de sus relatos desde la infancia, ubicando e interpretando algunos elementos que las llevaron a convertirse en parteras. Estas mujeres ahora aprenden, atienden, dialogan, imaginan y, en relación con las otras, construyen y reconstruyen maneras de vivir la maternidad y el parto, y en ese proceso se configuran los discursos de la partería profesional.

El embarazo y el parto son etapas de la maternidad, pero el mundo de la partería no se limita a esos momentos, las parteras son parte y expresión de una determinada visión de la maternidad, de la feminidad y de la vida en general. Esta visión se ha construido con elementos de larga data histórica a la vez que adopta otros que aparecen como novedosos discursiva y prácticamente. La partera profesional (PP) es parte de ese mundo en el que convergen diferentes posturas, como la medicina alternativa, el activismo, la academia, la crítica sistémica, y las mujeres que buscan construir su maternidad bajo parámetros específicos.

Las parteras profesionales (las que aquí presento y todas en general) se mueven entre diversos ámbitos, son mujeres, madres, esposas, profesionistas, activistas, de distintas

condiciones sociales y diferentes formas de pensar, pero en conjunto resultan ser portavoces de un particular mundo alternativo contemporáneo construido alrededor de la maternidad. Para ser parteras, se han puesto en contacto con conocimientos, prácticas y teorías diversas, constituyéndose un discurso en el que podemos reconocer los principales ejes del discurso de la maternidad alternativa⁵⁴.

Para analizar este discurso en este apartado presento una descripción de las mujeres que entrevisté y de la forma en cada una se insertó en este *campo*, así como su interpretación de esa “llegada” a la partería. Este apartado presenta así tanto las trayectorias profesionales que trazaron la posibilidad de acercarse a la partería, sus experiencias personales y subjetivas, así como las posibles contradicciones entre discursos y prácticas.

Itinerarios de vida y profesionales. “El destino” de la partería

Mirar y pensar los itinerarios de vida de las mujeres participantes en el estudio, nos permite entender las relaciones entre los contextos y las situaciones que han vivido, es decir, su historia familiar, personal, las similitudes o diferencias de condiciones de vida y sus posiciones subjetivas expresadas en el ejercicio de la partería.

Para hablar de las mujeres que están implicadas en el mundo de la partería es necesario abordar la forma en la que llegan a este *subcampo* y se integran a él. La mayoría de estas mujeres tienen una formación profesional o bien una historia familiar y/o personal que se liga en algún punto con la partería. A veces es de manera obvia como en aquellas que

⁵⁴ En este trabajo me referí a la maternidad alternativa como una forma de vivir la maternidad anclada en referentes que no son los hegemónicos.

estudiaron enfermería obstétrica, pero en otros casos la relación no es tan evidente. Aunque las formas de llegada a la partería son diversas, encontramos aspectos que son comunes a varias de las mujeres.

Una de las explicaciones recurrentes en los relatos tiene que ver con la ilación de acontecimientos en un sentido que parece llevar de manera inevitable al mundo de la partería. Relaciones, eventos, situaciones, sucesos de la infancia o incluso relacionados con sus padres o familiares antecesores, son hechos que una vez analizados en la vida adulta se presentan como indicios de un camino que señalaba hacia la partería. Estos elementos tienen constantemente relación con el *campo* de la salud, la medicina, la enfermería y la psicología, *campos* que se superponen en algún punto con la partería profesional.

En algunos casos, las parteras expresan predisposición a la partería como parte de una cercanía a la medicina. En el caso de Celia, su predisposición o interés viene del entorno familiar, de una cotidianidad que la relaciona con contextos médicos debido a la profesión y trabajo de sus padres; y en el caso de Gloria el interés por la partería, según sus palabras, viene del contacto con bebés desde muy temprano. No obstante, el camino no fue directo, ambos casos tuvieron una formación en enfermería previa a la partería. Además de sus experiencias, de sus conocimientos y búsquedas, ellas expresan como factores determinantes en la elección de la partería una especie de intuición y de sentimientos guías. En el caso de Celia y en de Gloria hay una serie de eventos inesperados, ambos son en su narración inexplicables, leídos por ellas como una predestinación:

*¿De dónde salió esto? No sé, pero por otro lado te acuerdas que te comenté que cuando era chica, que estaba yo en secundaria mi vecina (...) me dijo oye vamos a hacer un servicio social en la maternidad que está aquí en las Lomas (...) llegamos y nos enseñaron como bañar a los niños recién nacidos y los poníamos en sus cunas de dos en dos porque no cabían, y los que llevaban 24 hrs. se los llevábamos a su mamá (...) Yo ya sabía porque tengo 7 hermanos abajo de mí, (...) cuando mis papás salían a algún lado yo me quedaba a cuidar al bebé (...) ¿Si me entiendes? **Como que la vida me fue preparando**, mis hermanos, luego esta experiencia, luego en algún momento decidí ser enfermera, nunca trabajé en eso **y de pronto** me meto a estudiar **y de pronto** me voy con A (una partera tradicional) (...) Ya vi en USA lo que estaba pasando, entendí este movimiento del parto humanizado y todo lo que pasaba, tenía que ver lo que pasaba en México, me lancé a un congreso en Oaxaca y ahí conocí a A. y vi que vivía cerca de mí, le dije, y me dijo “Claro vente cuando quieras” (...) El primer día que llegué, ya te conté, tres señoras embarazadas, la doctora de Brasil, todo eso. Palabra que **la vida me llevó, Dios me empujó**. (Gloria Lic. enfermera obstetra, y capacitación en partería tradicional y medicina alternativa, 61 años).*

*(...) soy enfermera profesional (...) mi origen tiene que ver con el cuidado, no es en el área de salud, sino con el cuidado, mi papá era médico mi mamá enfermera y en casa se respiraba cuidado, porque te repito, esa área es cómo se cuida a la gente, eso es lo que yo viví desde que era niña, yo vivía en un pueblo pequeño donde mi papá era jefe del hospital y mi mamá era jefa de enfermeras (...) recuerdo meterme a la sala de trabajo de parto y darle la mano a las señoras y preguntarles qué les pasaba... yo muy sensibilizada por esa soledad que vivían porque como no se dejaba entrar absolutamente a nadie, entonces **yo sentía una afinidad** por ir allá, como yo sí podía entrar, entonces recuerdo con mucha claridad esa sensación que me producían esas mujeres solas en sala de parto (...) Ya después más grande, ya no una niña, me iba en vacaciones al servicio de ginecobstetricia, a bañar a los bebés, a estar mucho más en partos, tengo mucho ese recuerdo, **una afinidad particular, surgida de no sé dónde** (...), fue muy natural el contacto con el hospital y con esas situaciones (Celia, Doula y partera, Lic. En enfermería general, 57 años, distintas capacitaciones en medicina alternativa)*

Para Cesia, licenciada en enfermería y obstetricia (LEO), su práctica en espacios médicos, en los que han permeado formas diferentes de atención del parto, le muestran modelos diferentes que la encaminan hacia la partería. En su experiencia hay un dialogo con teorías médicas alternativas, de no haber sido por eso, como ella lo menciona, no se

habría interesado en seguir atendiendo partos. En su caso hay conciencia del maltrato en la atención del parto, una conciencia que nace a partir de relacionarse con información al respecto; su llegada a la obstetricia es una decisión vocacional y en su formación tiene contacto con teorías y prácticas que la sitúan en una postura que podemos llamar crítica. En su discurso, alude a que con anterioridad “el cuerpo de la mujer lo hacía (parir) sin intervención alguna, ni verbal ni manipulación” y hace referencia al “parto respetado” en contraste con lo que ella conocía hasta ese momento en su práctica clínica. Reconocemos ahí el discurso del parto humanizado del que hemos hablado antes, que registra como negativas y violentas las prácticas del parto hospitalario. En el siguiente testimonio narra cómo y por qué llegó a ser partera:

*(...) yo me formé como enfermera obstetra (...) por suerte tuve una maestra, enfermera obstetra, que también se dedica al parto en casa. **La tuve a ella como profesora y fue como el cambio.** Yo creo que **gracias a ella soy partera**, porque **fue un contexto diferente** de ir al hospital a hacer el servicio, pero **con una ideología diferente** a si me hubiera tocado con un médico o una enfermera que lo viera desde el plano puro ginecológico, obstétrico, de acuerdo a los libros y antiguas prácticas. En cambio, con ella tenía como mucha información, mucha bibliografía, compartía todo, el acercamiento con las mamis en los hospitales (...) **también tuvimos la oportunidad de estar con (una) partera tradicional** (...) Entonces (la partera) un día se mete con nosotras a un parto de infraganti (...) entonces fue súper lindo el parto, y así, **nada de carnicería**, porque nosotros en los partos terminábamos con todo lleno de sangre y esa vez nada, la sala limpia, el instrumental que utilizamos fue el necesario, bebé con mamá, ni desgarro ni nada y la mujer ruborizada, como si no hubiera parido, y entregada a su momento y respetada, dentro de lo que cabía **era un parto respetado** (...) Y terminé (la carrera) y todo mundo me preguntaba ¿qué vas a hacer, de qué vas a trabajar? Y yo decía “en parto en casa, en parto en casa, en partería” (Cesia, Licenciada en Enfermería y obstetricia, especialidad en enfermería perinatal, capacitación con partera rural, 28 años).*

En otros casos la narración que se presenta como explicación de su llegada a la profesión de partera está directamente relacionada con el ejercicio de la partería en su familia. En

el caso que sigue, la abuela y la tía de la entrevistada habían sido parteras, lo que en palabras de la narradora le da un sentido de una *herencia* propiamente femenina. Aunque también señala que al elegir su profesión su idea inicial era ser médica. Es interesante que aun cuando estas participantes llegaron a la partería desde su formación en una rama médica, ellas buscan interpretar esta llegada con otros elementos. En este sentido, a su itinerario se le dota de un sentido en el que confluyen la propia elección, pero también una especie de destino trazado previamente, en este caso por las mujeres de su familia:

*(...) llegué a la partería y me tomé un tiempo en el hospital de 6 semanas para conocer qué hace la partera y también fui al extranjero 6 semanas a una casa de partos para ver qué hace la partera fuera del hospital y cómo es, y me fascinó (...) yo por mucho tiempo no sabía, hasta que yo fui partera, es que mi abuela era partera también, pero en el tiempo de la segunda guerra mundial (...) de ahí mi abuela ya nunca jamás agarró la partería. Ella parió sus ocho hijos en la casa y su primera hija también es partera entonces **tengo a mi abuela de partera y a mi tía de partera** que se casó con un ginecólogo y yo soy partera, entonces **de alguna manera está en mi linaje de mujer** (Florence, 40 años, Lic. En Partería, capacitación en partería tradicional y medicina alternativa).*

En el caso de Marlen también hay un acercamiento desde la medicina y la salud. Su padre es médico y su madre enfermera, pero ella se ubica directamente en la medicina alternativa y la medicina tradicional mexicana y, en general, como una disposición lógica de un estilo de vida que ella llama integral, holístico, una forma de vida que en este trabajo hemos identificado como alternativa. Marlen expresa que adoptar esta forma de vida ha tenido trascendencia en la totalidad de su vida. En su relato, aparece esta forma de cuidado de la salud con una capacidad de alcance profundo, de modificación de las relaciones y en su explicación se integra el cuidado de la salud con la atención a las emociones, los hábitos de vida y la espiritualidad. Además, retoma la medicina tradicional mexicana, es pues, una integración de elementos que conjuga con la partería.

*Estudio teatro y me dedico al teatro (...) entonces una amiga me invitó al temazcal y toda esa gente de temazcal eran gente de teatro (...) además de que estaban con lo del temazcal estaban en un grupo de náhuatl (...) y como yo también estaba en náhuatl (...) si sabía de medicamentos porque lo había visto en casa toda la vida, pero **empecé a ubicarme en una manera más integral de salud, cómo comes, cómo duermes, cómo te ríes, cómo te enojas, con qué te curas, con quién te juntas, de veras como de una reflexión profunda de depuración**, muy bonito, eso fue en 2011 **y ahí me cambió la vida toda** y encontré un lugar donde podía juntar todo lo que estaba haciendo, el teatro, las plantas, el temazcal, sembrar, cantar, entenderme (...) Entonces empecé con el temazcal, empecé con las plantas, me hice usuaria de toallas sanitarias de tela (...) cuando llegué a vivir aquí se vino a vivir un amiga (...) estaba en su proceso de formación (en partería), y yo decía “yo quiero ser como ella, quiero ser partera, es el paso que sigue...” **yo estoy de este lado, más tradicional y hasta espiritual porque me significa mucho** y con la lengua ahora me significa más porque la hablo y la enseño, todo lo otro que ella trabaja me parece muy válido, pero no sé si son herramientas que yo ocuparía, porque no me significan tanto y creo que de este lado hay sus equivalentes (...) di con la casa (...) que estaba abriendo un taller de partería tradicional (...) fue interesante encontrar las dos visiones y ha sido muy bonito ser su alumna (Marlen, 34 años, actriz, estudiante de partería)*

En los siguientes dos casos, la formación profesional anterior a la partería es en psicología, otro de los *subcampos* del campo de la salud. Por una parte, Andrea interpreta ciertos actos y actitudes como señales que la llevan a la partería y finalmente expresa, con la convicción de que “ya se es partera”, que la vida misma de alguna manera la había destinado para ello y ese mensaje se le transmite en una visión. Es esta una presencia de elementos místicos que llevan a esta mujer a modificar su vida e iniciar una búsqueda de formación en aquello que le estaba marcado como destino: la partería. Aunque también expresa cierta conciencia del maltrato que frecuentemente se experimenta en la atención del parto, parece tener más peso en su elección por la partería, las “señales” que tuvo a lo largo de su vida

*Yo recuerdo que **siempre he soñado partos**, desde niña, siempre y yo no sabía por qué y a veces soñaba mis partos, y cuando era adolescente de doce, trece años **soñaba que estaba***

*pariendo un bebé y podía sentir la cabeza entre mis piernas. Luego aprendí fotografía y mi objeto fotográfico eran embarazadas, les pedía a mis primas que si me dejaban tomarles fotos. De alguna manera, no sabría cómo, **siempre terminaba platicando con mujeres de sus embarazos y sus partos**, desde muy joven y me gustaba que mi mamá me contara y mi abuela y las mujeres cercanas y cada que me contaban había **algo en mí quedaba como un desazón** de “¿cómo eso no lo viviste como algo feo?” (...) Y fuimos a un temazcal y **en el temazcal tuve una visión**, poco cuento de eso, porque me da pena que piensen que estoy loca (...) **se me reveló que sí era una partera, que ese era mi camino en la vida, que yo no lo había elegido, que era algo que se me había presentado**. Y me dije “sí, lo acepto, acepto que este es mi camino en la vida”. Y desde entonces empecé a ahorrar a ver qué podía hacer, (...) pero no sé inglés, fui a ver para ser doula o educadora perinatal antes, no me alcanzaba, y lo que encontré fue CASA A.C. (Andrea. 38 años, Lic. en psicología, graduada de la carrera técnica en partería de CASA, capacitada en medicina alternativa).*

En el caso de Mariana, también con una formación previa en psicología y posteriormente un empleo en una asociación civil que trabaja en salud sexual y reproductiva. Su interpretación de los eventos que marcaron ese “destino” de entrada a la partería la presenta como ligado a un evento traumático en su propio nacimiento.

*(...) estuve haciendo la tesis y me empecé a empapar mucho de embarazos y encontré Mexfam e hice mi servicio social ahí (...) por un video que me enseñó una de mis entonces compañeras, es un video muy famoso sobre el parto de una partera (...) entonces conocí que había las doulas y dije “ah ya sé lo que quiero ser, la psicología la voy a encaminar a ser doula” y empecé a investigar cómo me podía formar como doula, di con la escuela donde estoy que es la de Nueve Lunas, pero ya con todo el antecedente dije “lo mío es la partería quiero ser partera” (...) **la historia de mi nacimiento había sido muy tabú porque mi mamá falleció después de una hemorragia derivada del parto donde yo nací, entonces para algunos era muy obvio donde iba a terminar y ¡uy cómo partera!** (Mariana, 27 años. Lic. en psicología, estudiante de partería en la escuela Nueve Lunas)*

La idea de una especie de ruta trazada previamente se repite entre las participantes, incluso se habla del “Don de la partería” y se le otorga tal nivel de validez que se toma en cuenta como un elemento para ser admitida en la escuela de partería Nueve Lunas, cuyo

examen toma en cuenta algunos elementos subjetivos. El don de la partería sería un elemento en el que interfiere toda una forma de concebir la realidad, ese predestino del que hemos hablado es valorado, cobra realidad y es un elemento que tiene peso en la aceptación. Mariana en la siguiente cita duda tener el “don” pues en su familia no ha habido parteras que pudieran heredárselo.

*Pues llené como una solicitud de qué era la partería para mí, por qué quería estudiar partería, si consideraba que yo tenía el don y muchas preguntas que en ese momento yo decía “ay no manches no me voy a quedar”. **No sabía si tenía el don porque en mi familia que yo sepa había como sanadoras, pero no parteras, yo no sé si tengo el don, pero quiero estudiar partería.***
(Mariana, 27 años. Lic. en psicología, estudiante de partería en la escuela Nueve Lunas)

El testimonio que sigue contrasta con las anteriores por ser una mujer que no tiene ninguna relación con el *campo* médico, en este vemos a una mujer a la que llega a la partería desde la búsqueda activa de opciones para tener su parto, optando por el parto en casa. Esta experiencia de atender su parto con una partera y posteriores reflexiones desde lo personal hasta lo académico y político, de acuerdo con su narración, la llevan a decidir la partería como profesión. Los procesos no son lineales, no tienen una sola causa y esta mujer lleva lo teórico al espacio de la vida cotidiana. También vemos como para ella el parto en casa no está desligado del parto en el medio rural. En el testimonio de esta mujer es posible reconocer elementos fundamentales del discurso de la partería profesional, ellos son la autonomía de las decisiones sobre el propio cuerpo, la crítica implícita al sistema médico que decide cómo será la atención del parto y del embarazo, y expresa la idea del parto y la maternidad con consciencia y con una implicación mayor, que trasciende lo individual y que explica el parto como una posibilidad de empoderamiento y autonomía en las mujeres. Posicionarse en el discurso mencionado, aunado a una serie de reflexiones teóricas y políticas respecto a lo femenino y la

maternidad, la llevan a considerar y elegir la partería como una posibilidad de acción a favor del fortalecimiento social de las mujeres:

*(...) hace 11 años que nació mi primera hija (..) quería saber cómo iba tenerla y empecé entonces a explorar y en una de esas exploraciones (...) te daban unas platicas de cómo vivir tu embarazo y llamé y me lo gané (...) y entre las cosas que nos mostraron fueron las diferentes formas de parir, entre ellas un video de una chava que paría en su casa ella con su familia, cuando yo vi ese parto en agua yo dije “así quiero mi parto (...) por qué no, si mi abuela parió 11 hijos en su casa por qué yo no” (...) en ese momento me empezó a llamar mucho la atención, lo que es el psicoprofiláctico (...) todo un trabajo también emocional, dije, **¿qué estoy haciendo**, realmente quiero seguir en la academia, quiero seguir desde este lugar haciendo **algo o lo que me interesa es compartir esa fortaleza que yo he ido adquiriendo** en este tiempo y dejar de contar mi parto como solamente una experiencia para apoyar a otras mujeres para que también la tengan? (...) es como toda una dialéctica (...) esta discusión que se viene haciendo sobre la racionalidad y la poca atención al cuerpo, yo ya venía analizando mental y teóricamente, pero yo ya lo había vivido desde mi cuerpo en el embarazo y en el parto (...) a partir de ahí me sumé a un grupo de madres que también estaban como metidas en la parte política, pero que también estaban en el debate de una forma de criar diferente desde el parto hasta la lactancia y la maternidad (...) **me percaté de que la mayoría de las chicas que estaban habían tenido cesárea y entonces la cantidad de cosas que decían yo me daba cuenta que era cuestión de poca formación, de poco tiempo dedicado o de ignorancia, de haber cedido las decisiones de su cuerpo a terceros.** Yo lo había vivido desde otro lugar y pensaba que no podía seguir siendo así, **si algo nos va fortalecer como mujeres y como madres es tener un parto decidido por nosotras con nuestro cuerpo conscientes de nuestro cuerpo y entonces que decido entrar a estudiar partería** (Erika, Maestra en estudios latinoamericanos, 39 años, estudiante de partería).*

Hasta aquí traté de mostrar un hallazgo en las entrevistas, que las mujeres que se integran al *subcampo* de la partería profesional leen esta integración de una manera “natural” como parte de un proceso de vida previamente trazado que finalmente las colocó en la partería. A partir de ello, me parece válido afirmar que se comparte una visión mística de la partería, una especie de unión con algo divino o sagrado, así el ser partera es algo predestinado para algunas, es un “don” que sólo algunas tienen, que puede

incluso heredarse, y que parece ineludible. Hay quizá en esto una búsqueda de sentido distinta, en la que se implican elementos de orden simbólico, que mis entrevistadas expresan como un lazo profundo con la partería, con lo femenino y de una misión de ser partera. Aunque su lectura se dota ampliamente de elementos simbólicos, vemos que varias de ellas cuentan con una formación desde el campo de la medicina, además de una preparación posterior enfocada a la atención del parto que les permite interactuar en el *subcampo* de la partería. También es posible notar que comparten intereses sobre formas de atención distintas a las alópatas, sobre derechos reproductivos, así como conciencia del maltrato en la atención del parto. Todos los elementos mencionados forman parte de los saberes, valoraciones y formas de atención del *subcampo* de la partería profesional.

Lo referente a la medicina propia de la partería, enmarcada en la medicina alternativa, es un saber de gran importancia en dicho *subcampo*. Los saberes de estas mujeres les dan la capacidad de actuar eficientemente en él. En el siguiente apartado expondré lo que las informantes expresaron respecto a este tipo de formación.

El subcampo de la partería profesional

Elegir un médico significa no elegir a otro, elegir un remedio significa rechazar otro.

Toda elección "a favor" es también una elección "en contra" (Douglas, 1998:16)

Respecto a las particularidades en la forma de atención dentro del modelo de la PP, como hemos dicho, hay una marcada orientación hacia prácticas que podemos calificar de alternativas. Muchas de las mujeres que optan por ejercer la partería, así como aquellas que buscan este modelo de atención tienen referentes de vida que no son los hegemónicos, algunos tienen influencia en distintas áreas de la vida y otros se relacionan únicamente a los cuidados de la salud, desde esa visión alternativa se tiene preferencia por las llamadas medicinas alternativas y complementarias (MAC) por distintas razones. Además de la medicina alternativa, en muchas de las narrativas vemos incorporado y conviviendo el discurso del parto humanizado, que es, por lo menos discursivamente, un discurso adoptado y aceptado por la Secretaria de Salud y promovido directamente por la OMS. Es un espacio donde confluye un discurso que aboga por cuidados de la salud no médicos, el reconocimiento de la existencia de abuso y maltrato en la atención institucional del parto y la alusión al ejercicio de los derechos reproductivos.

Las mujeres que se integran a la partería buscan formarse en medicinas o prácticas particulares para brindar este tipo de atención. Aun cuando su formación sea desde algún área de la medicina y por lo tanto cuenten con los conocimientos para atender desde los parámetros médicos, en las narrativas de las participantes emerge la idea de que la partería profesional requiere de ciertos conocimientos alternativos. En los discursos analizados hay una percepción de que para ser partera se necesita una preparación

particular. Vemos en esta lógica la conformación y caracterización de un *campo* propio, con sus reglas y sus requerimientos.

Como se mencionó anteriormente, la medicina holística incluye un elemento espiritual, se concibe la totalidad del sujeto en relación con lo sagrado⁵⁵, con el universo, el sujeto como parte de un todo y como un todo en sí mismo (Scott, 1999).

La convicción de que “ya se es partera” habla de explicaciones que salen de lo que resulta racional cultural y académicamente hablando. Es una postura desde la que se cree que hay un orden o lógica interna más allá de la evidente y de la aceptada desde la racionalidad occidental, y que tiene que ver con la totalidad de aspectos de la vida, es decir, que influye sobre las relaciones, la salud, etc. (Ning 2014. Gale, 2011). La espiritualidad entonces sería la conciencia de que existe tal orden y las practicas espirituales estaría conformada por dinámicas que permitirían ponerse en contacto con esa “otra lógica”.

En el siguiente testimonio vemos que para llegar a lo espiritual se considera necesario una búsqueda y aquello espiritual es factible de ser hallado en lo tradicional mexicano. Aunque ella ya tiene formación médica expresa que para la partería hace falta una preparación también del espíritu.

(...) empiezo yo a estudiar terapia floral, homeopatía, terapia neural, masaje, reiki, venía de 20 años atrás formándome. Cuando llego aquí conozco a la gente de terapia floral y conozco lectura emocional del cuerpo y psicosomática, (...) empiezo a tener lectura del cuerpo y siempre paralelo a eso la danza terapia (...) Conozco la postura de nueve lunas, hacen una capacitación del primer encuentro sobre la partería en la tradición, se llama así. Voy conozco, a Doña Queta ya la conocía,

⁵⁵ El elemento espiritual a menudo está directamente relacionado con la religión dominante o el sistema filosófico de la cultura de origen que produjo una modalidad particular de atención de la salud (Ning, 2014).

*pero nos hacen una incursión por varias parteras y digo “de aquí soy” porque **yo vengo buscando desde hace muchísimos años la tradición y la espiritualidad** porque yo siento que **lo otro ya lo tengo** (Celia, Lic. En enfermería general, 57 años, distintas capacitaciones en medicina alternativa).*

Esa necesidad de formación específica es cubierta también por diferentes tipos de prácticas médicas alternativas y aunque en este caso la intención explícita de quienes toman estas capacitaciones, no es agregar un elemento espiritual a su formación llegan en menor o mayor grado a integrar una concepción de lo espiritual, o, para ser más precisa, de lo holístico, pues (como se mostró antes) lo holístico⁵⁶ es un componente fundamental en diversas medicinas alternativas. Entonces encontramos en las parteras profesionales una convivencia de las diversas prácticas de medicina alternativa y hegemónica, así como de diferentes concepciones y lógicas. Los siguientes testimonios son ejemplo de ello:

*(...) **nos dan herbolaria, homeopatía, masajes, medicina tradicional china, nos dan clases parteras de la sierra**, también aquí del DF han ido, de Tepoztlán, de San Miguel de Allende, nos dan clases médicas y médicos, enfermeras también han ido, las psicólogas también, hay una terapia que hemos seguido desde que iniciamos, y hay otra que va ocasionalmente que es la que nos dio la bienvenida, **también tenemos clase con una sanadora con la que hacemos trabajo energético como de reiki**, está muy bonito (Mariana, 27 años, Lic. en psicología, estudiante de partería)*

*Le agradezco a CASA que me acercó (...) nosotras tenemos un semestre de farmacología y uno de homeopatía. Cada fin de semestre íbamos a una comunidad, a compartir con parteras tradicionales, íbamos entre dos y tres semanas a quedarnos en sus casas, a decirles “en qué te sirvo, enséñame” eso es algo invaluable, conocí parteras (...) aprendí mucho, me enseñaron a sobar, por ellas yo se sobar, se acomodar bebés, se subir matrices. (...). Entonces **así ha sido mi formación, un híbrido, yo busqué que así fuera, aprendí reiki, a dar masajes** (Andrea. 38*

⁵⁶ La palabra holístico hace referencia a la totalidad, en la medicina alternativa se habla de prácticas holísticas como aquellas que para procurar la salud toman en cuenta la totalidad del sujeto, sus aspectos emocionales, mentales y espirituales.

años, Lic. en psicología, graduada de la carrera técnica en partería de CASA, capacitada en medicina alternativa).

Para las parteras profesionales la formación en prácticas médicas alternativas es importante por varias razones, una es que en los fundamentos de la partería profesional hay cuestionamientos de ciertas prácticas médicas, a la excesiva medicalización, a la intervención innecesaria en los partos y en general a los procesos llevados a cabo por las rutinas establecidas en la atención médica del embarazo y el parto, por lo que es necesario buscar alternativas para la atención del embarazo y parto. El hecho de que las parteras profesionales cuenten con formación en medicinas alternativas las acerca a un tipo específico de pacientes, la mayoría de las mujeres que buscan sus servicios, son mujeres que optan por un tipo de cuidado de la salud acorde con la medicina alternativa y sus postulados⁵⁷. Por lo anterior es posible decir que para las parteras un elemento de legitimidad es su formación particular, además de ser un elemento que les permite integrarse al *subcampo* de la partería profesional.

Dentro de la formación en partería también hay contrastes y diferencias. Por un lado, narran sobre la experiencia en un taller impartido por Naolí Vinaver⁵⁸, taller intensivo de una semana en la que se aprenden temas de embarazo, parto y puerperio, en el que las mujeres aprenden y practican con ellas mismas, a diferencia de lo que pasa en el hospital donde se despersonaliza a la mujer embarazada y sobre ella se practica⁵⁹. Andrea platica que la misma maestra pone su cuerpo para que aprendan las alumnas, desvaneciendo

⁵⁷ Desde una valoración de aspectos como lo más natural, lo holístico, lo personalizado de la atención, entre otros.

⁵⁸ Partera y maestra de partería, su formación inicia a finales de los años 80 con parteras de California y con parteras tradicionales rurales de México. Posteriormente estudió en dos escuelas de Partería: Sage Femme Midwifery School y Maternidad La Luz, donde se graduó como Partera Profesional.
<http://www.nacimientonatural.com/>

⁵⁹ Recordemos que precisamente una de las necesidades cubiertas por las primeras maternidades fue la de satisfacer la demanda de las escuelas de medicina, de cuerpos sobre los cuales aprender.

en gran medida las asimetrías entre maestra y alumnas. No obstante, nos refiere cómo ese tipo de práctica resulta extraña en otra escuela de partería y es rechazada:

(...)Nos enseñó a hacer tactos, lo hicimos entre nosotras, a mí me tocó hacerle un tacto a ella “un día voy a ser vieja y voy a ser una maestra como ella” entonces llegó, se sentó, se levantó la falda, no traía calzones y dijo “esto es una vulva, estos son los labios vaginales, esto es la vagina, esto es la uretra, vean cómo cuando las mujeres pujan se abre” y pujó y se abrió ¡y yo estaba, así! Así se aprende partería, ví su vulva y la de 15 compañeras más y cada una de ellas es diferente, en un libro voy a ver siempre lo mismo. Entonces me dijo “ven Andrea, con estos dos dedos vas a tocar mi matriz, pon tu mano aquí, mete tus dedos y al fondo vas a sentir el cérvix, empuja con tu mano y al fondo vas a sentir mi matriz”. Cuando eso lo planteé en CASA A.C. con mis compañeras, no hombre... “¿qué te pasa, yo soy bisexual? entonces fue como “qué te pasa, estás enferma, claro tiene que ver con eso” y ¿por qué siempre tenemos que aprender con las embarazadas? (Andrea. 38 años, Lic. en psicología, graduada de la carrera técnica en partería de CASA, capacitada en medicina alternativa).

En este testimonio también podemos observar que hay prácticas tanto de la formación como del ejercicio de la partería profesional que se sitúan en oposición con la práctica de la medicina, hay un trato y una relación diferente con el cuerpo femenino, también hay ciertas prácticas que están relacionadas con el discurso emocional-espiritual, como parte de lo que aprenden, así como en la forma de aprenderlo. Aunque en la otra escuela, CASA A.C., mantienen una postura más tradicional, si bien incorporando valores de las medicinas alternativas. Así la escuela CASA y la formación que imparte Naolí Vinaver serían discursos contrastantes dentro del *subcampo* de la partería.

Algo presente en las respuestas de todas las entrevistadas es la idea de que el parto es un evento en el que las emociones de la parturienta, su estado de relajación y sensación de seguridad están directamente relacionadas con el desenlace y el éxito del parto en este modelo, por lo que tienen que ser una prioridad para quienes auxilian a la parturienta.

Con base en ello, la forma de atención en la partería profesional implica una preparación emocional para el parto. En algunas narrativas, las entrevistadas expresan que un elemento que permite atender con seguridad y correctamente es conocer mejor a las parejas⁶⁰. En este punto hay matices, pues no todas las parteras tienen la misma posición o bien, no todas le otorgan el mismo grado de importancia.

*Tú platicas con una mujer y no platicas con su vientre y su bebé “producto”. Tú platicas con la persona, la persona tiene sentimientos, emociones, conflictos, puede estar muy emocionada de que está embarazada, pero también puede tener miedo, puedes hablar con mujeres muy contentas de su embarazo y mujeres que no lo son tanto. Entonces **la partería no es como la medicina que son partes del cuerpo las que te hablan**, que tienen enfermedades, tienen patologías y el embarazo lo tratan como una patología más y es un útero que gesta un producto, no, (en la partería) **es una mujer la que tienes enfrente (...)** yo ya vi cuáles eran mis límites, mis límites son conocer a una mujer que mínimo haya tenido con ella 4 consultas mensuales, porque así **yo tengo un acercamiento, sobre quién es, cómo está, conocer sus condiciones de vida, revisar sus laboratorios, que ella me conozca**, que se sienta a gusto conmigo ¡en una de esas nos caemos gordas y no quiere que sea su partera! que sepa que soy mamá (Andrea. 38 años, Lic. en psicología, graduada de la carrera técnica en partería de CASA, capacitada en medicina alternativa)*

*...**nuestro trabajo es ser acompañante (...)** porque sabemos que sí se puede, saber que todo va bien, nunca vamos a decir un “sí se puede” si vemos que las cosas no están para un sí se puede. Vamos a confiar en la pareja, la vamos a sostener. Mucha paciencia, mucha confianza y listo, si tú no eres paciente y no conoces la normalidad del parto obviamente vas a querer intervenir (...)* **Mi responsabilidad es saber si algo va mal**, pero no es dar un parto en agua, o un parto orgásmico o si el bebé vive o muere, eso yo no lo puedo decidir. Y **en casa no vas a llegar como en el hospital a delegar tu cuerpo**, yo no te voy a prohibir, ni te voy a permitir nada, **es tú corresponsabilidad (...)** hablamos de todo, de cómo ellos nacieron, si tuvieron otras parejas, abortos, si fue deseado ese bebé, si lo quisieron perder, cosas muy personales. (...) *Nuestras consultas duran mucho, es lo ideal para las parteras, porque así nos evitamos una*

⁶⁰ Es interesante ver que se refieren a parejas y no sólo a las mujeres. Ubico este elemento dentro del apartado de prácticas alternativas porque precisamente resultan alternas respecto al modelo hegemónico de atención al embarazo.

complicación en el parto y en el posparto, si sabemos cómo andan emocionalmente (Cesia, Licenciada en Enfermería y obstetricia especialidad en enfermería perinatal, capacitación con partera rural, 28 años).

Es interesante ver en el testimonio anterior que se cuestiona que saber cómo “andan emocionalmente las mujeres” evita complicaciones en el parto, comparándola con su experiencia en los hospitales donde “ahí no se sabe cómo van emocionalmente las mujeres y no se les complica”. Hay en ella un dialogo entre saberes y conocimientos prácticos que me parece interesante porque rompe con la imagen de la partera dogmática y apegada completamente a las premisas de la partería profesional, quizá esta postura viene de su formación desde la medicina.

El trabajo emocional es una cuestión que se repite en las narrativas de las parteras entrevistadas, señalando la importancia de éste para poder atender correctamente. Denota que se requiere un trabajo terapéutico exhaustivo que habla de la importancia que se le da también al hecho de que la partera esté emocionalmente clara. Las emociones y juicios propios, en ellas, no son un terreno de menor importancia para el ejercicio de la partería:

*(...) justo trabajan (en la escuela de partería) **cómo es que nosotras podemos, no boicotearte tu formación, pero sí los partos que atiendas.** Por ejemplo, yo en mi caso que tengo el antecedente de hemorragia de mi mamá, la **terapia transgeneracional** que es la que nos dan abarca la base sistémica de como todo lo que respecta a ti, a tu ascendente en familia, el entorno el trabajo, etc. (...) qué se viene repitiendo, por ejemplo, mi caso fue la hemorragia con mi mamá y me han dicho “si tú no trabajas profundamente la cuestión con la sangre es muy probable que tú atraigas mujeres que van a traer hemorragia” (...) ha sido muy duro el proceso. (Mariana, 27 años, Lic. en psicología, estudiante de partería)*

El análisis de las propias creencias y juicios también propicia la no evaluación moral de las mujeres, lo que deviene en un ejercicio de respeto de los derechos reproductivos, un ejemplo es lo que Andrea comenta:

*(...) yo necesito estar lo más neutra cuando estoy contigo porque no importo yo, cuando yo estoy al servicio de alguien estoy a su servicio, en ese sentido uso la palabra sacrificio como el termino de sacro – oficio, de ese sacrificio al trabajar para otros, para otras, al entregarme a ustedes, a las embarazadas, a la mujer con la que estoy trabajando para sentirla, pero si yo estoy pensando en mí, en mis cosas en mis problemas, si no estoy de acuerdo en cómo vives y “cómo que vives sin haberte casado y cómo que eres mamá soltera o cómo que tienes ya cuatro hijos o como que tienes 40 y es tu primer bebé” o sea **si yo estoy juzgando todo el tiempo porque no tengo claro mi interior** y no lo estoy trabajando **yo no puedo trabajar contigo desde un lugar de respeto**, donde tú eres lo más importante para mí en ese momento (Andrea. 38 años, Lic. en psicología, graduada de la carrera técnica en partería de CASA, capacitada en medicina alternativa).*

En las narrativas se señala que un rasgo de este modelo es que quienes hacen que la atención sea distinta no son únicamente quienes atienden, sino las mujeres que se apropian y se comportan de manera más autónoma respecto a quien las atiende. Se expresa la posibilidad de autonomía de las mujeres que van a parir lo que resulta contrastante y sorprendente para esta partera que hasta ese momento sólo ha conocido el modelo médico:

***Fue muy diferente, yo estaba muy nerviosa de no saber qué se iba a hacer, que íbamos a hacer con la placenta si no teníamos la bolsa, si no teníamos el material, no teníamos la solución (de oxitocina) ya puesta y no teníamos un sistema, un hospital ¿qué se hace en un parto en casa? Yo tenía todas esas dudas. Entonces me di cuenta de que era todo diferente, mamás caminando a diestra y siniestra, comiendo todo el tiempo, haciendo lo que ellas querían sin preguntarnos, siendo ellas sus propias jefas (...)** Para mí era nuevo en el sentido de que nunca lo había visto, pero no era nuevo en conocimiento, ya había visto partos sin episiotomía, sin solución, ya era algo diferente, pero no mamás que fueran ellas las que lo hicieran diferente, que fueran ellas las que tuvieran esa opción y esa información, ya verlo fue “wow sí existe y en*

verdad es posible ser partera en la ciudad y no sólo en el monte". (Cesia, Licenciada en Enfermería y obstetricia especialidad en enfermería perinatal, capacitación con partera rural, 28 años).

Este modelo tiene sus propias técnicas, teorías y prácticas medicinales, un ejemplo es el uso de la placenta:

*Cuando sale la placenta la llevo a la casa la limpio, la fileteo, la seco después la muelo y la encapsulo en capsulas de gelatina y la mujer las ingiere en la cuarentena una en la mañana y una en la noche hasta que haya terminado. (...) **la leche entra más rápido, la mujer no cae en situaciones feas postparto como depresiones y también la recuperación está mucho mejor.*** (Florence, 40 años, Lic. En Partería, capacitación en partería tradicional y medicina alternativa).

Hacemos medicina placentaria, cuando nace la placenta le cortamos un cachito y le hacemos a la mamá un licuado y luego esa placenta la trabajamos para encapsulársela y hacerle una tintura madre y que sea su medicina familiar, es un reposicionador hormonal, sirve también para los bebés. (Andrea, 38 años, Lic. en psicología, graduada de la carrera técnica en partería de CASA, capacitada en medicina alternativa).

Que la placenta ayuda a la recuperación de la madre, es una teoría aceptada y aplicada en la partería profesional. La técnica para procesar y encapsular la placenta es un saber propio de este *campo*, que tiene coherencia con las ideas que sustenta la partería. Este ejemplo de un acuerdo del *campo*, que da cuenta de referentes comunes entre las parteras y entre las mujeres que buscan sus servicios.

Entre las practicas extendidas en la partería profesional hay ciertas recomendaciones a las mujeres, orientadas por el ideal de lograr tener un parto natural, lograr la "conciencia" del cuerpo es una forma de poder parir naturalmente.

Las entrevistadas narran los procesos de entrenamiento de las mujeres, poniendo énfasis en hacerse conscientes del cuerpo, entrenarlo para no sufrir desgarros, para evitar las

complicaciones en el parto, para reconocer cada etapa del parto. Es parte de un discurso que promueve en las mujeres la confianza en el proceso y la sensación de que pueden tener control y conocimiento sobre él, entonces su conocimiento sería indispensable y no sólo le guiaría el médico. La conciencia del cuerpo, la información respecto al parto es un punto de partida, en este discurso, que afirma que con estos pasos se empodera a las mujeres que atraviesan este proceso.

(...) lo ideal es que desde el embarazo la mamá vaya haciéndose consciente de su periné, les decimos que si se pueden poner alguna pomada, darse ellas mismas masaje con sus dedos, ir sintiéndose para conocerlo más y apretar y soltar para hacerlo más elástico y para que lo sientan y para que a la hora de que tengan esa sensación tan fuerte porque el bebé está saliendo que se empieza a estirar y empieza a arder porque se estira tanto con la cabecita del bebé, el círculo de fuego le dicen (Gloria Lic. enfermera obstetra, y capacitación en partería tradicional, 61 años).

Algo que escuché frecuentemente en las entrevistas es la conciencia de que no se termina de aprender, de que no se está preparada para todo lo que puede suceder en un parto, conciencia que proviene del reconocimiento de que no hay partos ni mujeres iguales. Esto fue observado, aún en mujeres que tienen el título de alguna escuela de partería o de enfermería. Pareciera que el no tener detrás de ellas a toda una institución médica y la legitimidad social con la que cuenta la medicina, les implica buscar elementos extras, que las doten de mayor seguridad⁶¹:

*Y de a poco empiezas a entender cosas (...) es muy linda la partería, **pero es mucha responsabilidad** (...) cada parto nos enseña cosas diferentes, aprendemos con cada familia, con cada situación que vivimos. Creo que **yo era muy ingenua**, una vez lo platicué con otra partera y creo que fuimos súper ingenuas en el primer parto, **en el primer parto yo no llevaba nada, nada. Yo confiaba todo esto en las mamás y en el parto y los bebés** y como que decía “bueno listo llevo 2 guantes y ya, y una pinza para cordón y como 10 gasas y ya” (...) Entonces hay*

⁶¹ Además, que socialmente pueden ser acusadas y desdeñadas.

muchas cosas que aprendí tal vez a la mala, pero con el tiempo vamos aprendiendo (Cesia, Licenciada en Enfermería y obstetricia especialidad en enfermería perinatal, capacitación con partera rural, 28 años)

Dado que la atención que brindan es directamente en casa, también ese sentimiento puede ser reforzado por la falta de infraestructura⁶². En consonancia con lo anterior, vemos que los primeros años de trabajo en la partería fueron para Andrea un aprendizaje en el que no recibió pago:

*Muchos años yo no pedí esa retribución porque era una aprendiz, y como aprendiz en mi concepción yo estaba recibiendo conocimiento, y las mujeres **me estaban haciendo el favor a mí de dejarme tocarlas, acompañarlas, de aprender** de su proceso. (Andrea. 38 años, Lic. en psicología, graduada de la carrera técnica en partería de CASA, capacitada en medicina alternativa)*

Algunas parteras hacen una interpretación sobre la atención que brindan en la que emergen elementos de corte “mágico”, en los que hay una “elección” que tiene un motivo que no es evidente:

*Como parteras siempre nos **debemos de sentir agradecidas** en ese sentido de que **las parejas nos escogen por algo** (...) y entendí que **los bebés nos escogen por algo**. Porque **ahí está su espíritu y nos escoge por alguna razón** (Cesia, Licenciada en Enfermería y obstetricia especialidad en enfermería perinatal, capacitación con partera rural, 28 años)*

Mariana, quien es estudiante de partería habla a continuación de la influencia que su formación ha tenido en su relación familiar. Como una afirmación de que ciertos elementos de la partería pueden transformar emociones, relaciones y a una misma:

*Ahorita que ya estoy próxima a terminar pues ya los he estado empapando de más cosas, se abrió la historia del nacimiento más; y con mi hermano que es mayor que yo hay cosas que todavía le duelen mucho, pero ha podido verbalizarlas, con mi papá así también muy bonito. **Me***

⁶² Cabe mencionar que un médico practicante enfrentado por primera vez a un parto, difícilmente reconocerá que no tiene la completa seguridad, pues su formación apunta a reforzar en él la idea de que tiene el conocimiento y el protocolo adecuado.

ha dado muchos regalos la partería, también conmigo misma me he conocido más
(Mariana, 27 años, Lic. en psicología, estudiante de partería).

En el caso de las parteras profesionales, el hecho mismo de que ostenten una preparación especial, las presenta como especialistas con la legitimidad del conocimiento formal, o de algún tipo de formalidad, pues si bien, como se ha mencionado, no todas las mujeres que se presentan como parteras profesionales han tenido una formación en escuela y entre las que la han tenido, no todas cuentan con certificado (pues no todas las escuelas tienen la capacidad de expedirlo), se espera de ellas que todas tengan formación sistematizada. Así podemos decir que la partera profesional cuenta con la legitimidad que otorga el saber, legitimidad que adquiere validez entre las parteras y otras personas adscritas al discurso de la maternidad alternativa. Para las parteras profesionales mostrarse como un grupo de expertas es indispensable, y aunque hay distintos perfiles de formaciones y tendencias marcadas más hacia cierto punto que a otro, sólo mostrándose como profesionales (como expertas en su visión y práctica consecuente) pueden ejercer.

Desde la visión de los adscritos a la medicina alternativa, los saberes de las parteras, las colocan en un espacio en el que ellas son portadoras de verdades que serán indispensables en el embarazo y en el parto. La relación de partera-portadora de saber y mujer-embarazada buscando apoyo, inevitablemente recrea una jerarquía en donde la partera tiene conocimientos que la mujer embarazada no. La diferencia en este terreno, según lo han narrado las informantes, es que la partera se presenta como enseñando a la mujer, comparte información con ella, no le da instrucciones e indicaciones, no usa términos que le son inaccesibles o bien se los explica. Un aspecto fundamental en este discurso es que busca promover en la mujer embarazada la autoconfianza. Se sostiene

que más allá de lo que la partera haga o la mujer, el cuerpo propio emprenderá un proceso en el parto, al que sólo hay que apoyar y revisar que vaya de acuerdo con lo esperado. El discurso de la partería profesional sostiene que, para llegar a tener un parto natural, sin complicaciones hay que hacer una integración de la mente, las emociones y lo corporal. En este sentido hay consonancia con el aspecto holístico sostenido en las medicinas alternativas. Lo mental se debe preparar con una serie de convicciones respecto a lo que implica el parto, al conocimiento de parir innato en las mujeres.

En este sentido podemos decir que la relación que se establece en torno a los saberes respecto al parto y el embarazo entre parteras y mujeres, en el caso de la partería profesional es una relación que inevitablemente marca asimetrías, pero éstas no son tan fuertes como aquellas que se establecen con los ginecobstetras. La diferencia, de acuerdo a las narrativas de las parteras, radica en que no se excluyen los saberes de las mujeres, sino que éstas se ven involucradas en su proceso y con un amplio margen de acción durante el embarazo y el parto. Las mujeres con las que platiqué que fueron atendidas por parteras, expresaron que sus parteras les hicieron llegar documentos, videos y paginas para que ellas se informaran de las diferentes etapas del embarazo y el parto (entre esta información se contaba con consejos sobre ejercicios, posturas y técnicas de respiración encaminados a preparar para el parto, así como textos que hablaban de patriarcado, de la forma de dolor en las contracciones como resultado de procesos históricos, etc.) Por supuesto, cada partera tiene sus propias recomendaciones y posturas.

Los saberes y formación de las parteras profesionales las ponen en la posición de disputar el *subcampo* de atención del embarazo y el parto con los ginecobstetras⁶³, desde un discurso y definición de su profesión con elementos ausentes en la medicina. Esto es cierto sólo en alguna medida, pues algunos elementos del discurso del parto humanizado, especialmente el de preferir el parto sobre la cesárea, evitar las intervenciones innecesarias y respetar los tiempos de cada mujer, está cada vez más presente entre ciertos médicos obstetras⁶⁴.

En el campo de la partería hay exigencias y definiciones de lo adecuado en una partera:

Está bien que se sigan formando muchas parteras, porque somos muchas mujeres y que se integren a trabajar a los hospitales, pero que se integren como parteras y no como pequeños médicos frustrados o como enfermeras obstetras. Una partera sí tiene una manera de sentir, de vibrar, de tocar, de acompañar diferente. (Andrea. 38 años, Lic. en psicología, graduada de la carrera técnica en partería de CASA, capacitada en medicina alternativa) checar si va aquí o en otro lado.

El siguiente fragmento es una crítica al discurso de la partería y su definición de las parteras y de los conceptos que manejan en sus prácticas, Celia nos cuenta cómo en su acompañamiento de doula su postura es la de respetar las decisiones de las mujeres, sin presionarlas.

Yo tengo la experiencia de mis cesáreas como cesáreas humanizadas, yo no tengo una experiencia traumática que es una cosa con la que yo peleo hoy por hoy porque se ha vuelto muy radical esa postura “las mujeres que han tenido cesárea no son mamás” y entonces yo peleo con eso un día le dije a una en un taller de doulas “ah entonces como ustedes dicen que las

⁶³ Aunque se llaman parteras, su disputa en el campo no es con parteras tradicionales, sino con médicos.

⁶⁴ He de señalar que dichos médicos forman parte de instituciones privadas y sus tarifas resultan inaccesibles para la mayoría de las mujeres mexicanas, igual que las tarifas de las parteras profesionales.

mujeres que hemos tenido cesárea no podemos acompañar el parto natural y hoy el 50% o más son cesáreas ustedes no están capacitadas para acompañar mamás de cesáreas”

(...) (Celia, Lic. En enfermería general, 57 años, distintas capacitaciones en medicina alternativa).

En la lucha por hacerse de un *subcampo* propio, aun cuando la intención o necesidad de las parteras profesionales no sea competir con las parteras tradicionales, en la definición implícita (y explícita) de lo que son como profesionales, excluyen indirectamente otros tipos de atención⁶⁵, lo que se reforzaría en el caso de que su práctica llegue a ser regularizada. En este tema además hay un elemento muy delicado, es el hecho de que desde hace cuatro décadas las políticas en cuestión de salud en México han tendido a eliminar a las parteras tradicionales, acusándolas de que su labor implica prácticas riesgosas⁶⁶. Si la partería queda definida con parámetros que no contemplen a las parteras tradicionales y sus perfiles, se corre el riesgo de que esa definición sea utilizada en contra de estas auxiliares del parto, lo que limitaría fuertemente la primera opción de atención que tienen las mujeres indígenas en sus comunidades.

La partería en la actualidad busca afianzarse (y yo diría que lo va logrando) en el *campo* de la salud como una opción frente a la medicina para la atención del parto y el embarazo. Esta lucha se lleva a cabo a través de la difusión de la información por redes, cine, TV, radio, en espacios públicos, etc. en la que se muestran los beneficios del parto natural y se difunde la idea del parto en casa.

⁶⁵ Un ejemplo es la constante alusión a su trabajo fundamentado en la medicina basada en evidencias.

⁶⁶ Para la implantación de esta estrategia, frecuentemente se amenaza a las mujeres indígenas embarazadas con retirarles los beneficios de programas sociales si no acuden al hospital y también se amenaza a las parteras tradicionales con perder estos mismos beneficios si siguen atendiendo partos, incluso en algunas comunidades se les amenaza con ser encarceladas.

El discurso de las parteras es un discurso en el que a su vez ellas están envueltas, que las ha moldeado, no es que ellas lo tengan y ya, sino que el discurso las ha hecho, las ha atraído, y ellas se han formado en él, por él y al mismo tiempo lo han reproducido.

Una crítica que se le puede hacer a la partería profesional es que en su concepción de lo holístico parece dejar fuera los elementos contextuales. Vemos pocas alusiones a este elemento en el que se juega la cosmovisión de las mujeres, sus condiciones económicas y las dificultades inherentes al proceso de embarazo para un amplio sector de mujeres.

Entonces esta práctica, resulta alternativa respecto a lo médico, y aunque ella implica un desacuerdo con ciertos valores propios del sistema económico capitalista, no hay una integración anti-sistémica en el discurso de la partería. Encontré más presente este discurso entre las usuarias que entre las parteras mismas. La partería es dirigida a un mercado con capacidades media y alta, que son quienes pueden pagar sus honorarios, sus servicios no son accesibles a la mayoría de mujeres en México donde más del 50% se encuentran en situación de pobreza.

Educando: mandatos de género desde la partería

Recordemos que una de las identidades fuertemente construidas desde el género es la de mujer-madre. La partería al estar íntimamente ligada a la maternidad y por contar con la confianza de las mujeres que se atienden en este modelo, tiene mayor alcance para transmitir ideas alrededor de la maternidad, entre ellas pueden estar presentes los mandatos tradicionales de la maternidad como rasgo fundamental de las mujeres, pues son elementos interiorizados socialmente, lo que los hace factibles de integrar y transmitir de manera inconsciente. Además de los mandatos de género pueden colarse mandatos

en general, es decir, cierta presión para que las mujeres asuman comportamientos e ideas. A diferencia de la ciencia médica, la partería profesional no se presenta como neutra, al contrario, se habla del poder de las mujeres, de la autonomía, del derecho a decidir sobre el cuerpo, de tener el poder de parir, esta “no neutralidad” consolida los lazos de confianza en las usuarias. En el siguiente testimonio vemos cómo en las opiniones e ideas de la partera emergen estereotipos de las mujeres que van a ser madres:

*(...) Entonces es muy importante y es parte de nuestro trabajo durante el cuidado prenatal, **también somos educadoras, nuestro trabajo es también educar** (...) es lo ideal, las consultas prenatales son, deberían de ser como pláticas para que la pareja se conozca mejor a sí misma, y él y ella, para que su relación la vean desde otro punto de vista porque su vida va a cambiar, ya cambió con este bebé y lo ideal es acompañarlos en este camino, para ayudarlos a irse descubriendo y **para que se den cuenta lo que significa tener un hijo, porque no saben, la mayoría no tenemos idea de lo que estamos haciendo**. Y tu vida jamás vuelve a ser igual, y ese es un peligro que estoy viendo mucho en las chicas que están teniendo sus bebés porque si, todas son profesionistas y tienen muchos estudios lo cual me parece maravilloso, pero no acaban de entender que tienen que hacerle espacio a ese bebé en su vida, que no pueden esperar que el bebé se incorpore a la vida de ellos y que la vida siga igual, como va ser igual si tienen un hijo que antes no tenías, un ser humano que depende de ti. (Gloria, Lic. enfermera obstetra, y capacitación en partería tradicional, 61 años).*

El discurso de la partería profesional parece promover otras formas de vivir la maternidad con mayor implicación, teniendo el mando de las decisiones respecto a la crianza. Sin embargo, hay una línea muy delgada entre ello y la idea de la maternidad como vocación casi sagrada, de la madre como mártir, entonces aquellos discursos pueden llevar entre líneas, con nuevas palabras y significados, al sitio de lo femenino volcado en la maternidad, de la realización de las mujeres a través de ser madre.

En los dos siguientes fragmentos podemos hallar una visión que sobredimensiona la responsabilidad femenina sobre el cuidado de los hijos, y su influencia en el bienestar del entramado social. En esta visión los factores estructurales (socioeconómicos y de género) se dejan de lado, es decir, no se toma en cuenta que el hecho de que las mujeres no se “encarguen como es debido” de sus hijos puede responder a que hay una situación social que exige a las mujeres que sean las principales responsables de la crianza y trabajadoras al mismo tiempo, por lo que además se les puede llegar a transmitir a las mujeres una cierta culpa por su forma de vida.

*Bueno es una fuerza interna fuertísima, pero es maravillosa también, te deja vivir tu vida en otra forma y yo creo que **hoy en día todas estas mujeres que no están viviendo esta plenitud, esta fuerza, esta maravilla por eso se está cayendo el mundo.** Yo de verdad creo eso porque **nadie se encarga más de sus hijos como antiguamente,** los cargas porque no pueden caminar, no los pones en la cuna o la carriola todo el tiempo, lo tienes que cargar porque no sabe caminar y la cría tiene que irse contigo, te lo tienes que pegar 100 o 1000 veces al pecho porque no hay chupete, es para que tú estés con tu bebé, **encárgate y en encárgate y día y noche porque así es, pero el mundo ya no quiere más que así sea, se quiere facilitar la vida,** con la comida y con todo es lo mismo (Florence, 40 años, Lic. En Partería, capacitación en partería tradicional y medicina alternativa).*

*(...) porque muchas veces sus mamás no supieron ser mamás, y ahora **con tantas mamás que tenemos que trabajar pues estamos descuidando muchísimo a la familia y luego nos quejamos de que el mundo esté como esté ¿dónde aprendes a respetar dónde aprendes a compartir, a convivir? En la familia, no hay familia, no aprendes, por eso es tan importante el trabajo con las mujeres embarazadas,** por eso es tan importante el trabajo de las parteras que lo han hecho durante siglos, ellas les explicaban a las mamás y les enseñaban cómo vestirse, cómo cocinar para el embarazo y ahora ya no (Gloria Lic. enfermera obstetra, y capacitación en partería tradicional, 61 años).*

En el siguiente testimonio se reflexiona sobre los mandatos hechos desde el “lado alternativo”, pero que a fin de cuentas resultan en restricciones y requerimientos. Valeria,

una mujer que atendió su parto con partera profesional y que está muy relacionada con todo el estilo de vida alternativo platica respecto a estos preceptos y sus exigencias alrededor de la maternidad, exigencias que provienen en este caso desde la mirada alternativa del embarazo y el parto:

*(...) por un lado el mundo te exige incorporarte al mercado laboral, trabajar, la equidad, este rollo del género y por otro lado están todas estas ideologías de maternidad intensiva, que le llaman ahí, que es una maternidad muy demandante “tienes que estar dando teta y si no das que mala onda y tienes que estar atenta”. Hay un libro de Jean Liedloff que se llama el efecto del continuum habla de una comunidad indígena en Venezuela muy armoniosa, todo muy padre, los niños muy seguros y lo que hacían es que los niños nunca se alejaban de la mamá todo el primer año o sea era como un segundo útero afuera, entonces **ese es el esquema de maternidad intensiva y este esquema no te deja trabajar, cómo haces para conciliar esos dos mundos.** (...) Como que las mamás entran en una dinámica donde ves a los otros estilos de crianza como enemigos, no te pasa en otros momentos de tu vida, pero en la crianza no sé por qué, no sé si es para defender la salud de tu cría, pero es muy dicotómica y entonces está el grupo de las mamás que trabajan y dan fórmula que se reunirán en otros espacios, porque seguro que se reúnen y está el grupo de nosotras que no trabajamos y amantamos full y tratamos de parir y seguramente comemos más sano y así y hay otros grupos, entonces se hace como muy tribal (...) o sea como que funcionan en otro esquema, valoran otras cosas frente a lo que valoramos nosotras y lo ven normal (Valeria, 38 años, Estudiante de doctorado, parió en este modelo, coordinadora de un grupo de contención para madres).*

Retomando a Cristina Molina (2003) se puede decir que en este caso puede muy fácilmente operar lo que ella llama patriarcados de consentimiento, entendidos como aquellos que “convencen” a través de mecanismos de seducción, para que las mujeres acepten los modelos propuestos de lo femenino. Así la promoción actual de un tipo de maternidad, intensiva, implicada, etc. Fomentaría el sometimiento a la maternidad, como un hecho de renuncia amorosa que la mujer elige libremente, contribuyendo así a cerrar las representaciones de lo femenino que no sean las de la madre.

Valeria menciona el control venido desde la partera, quien le reclamó por no actuar de cierto modo para exigir sus derechos. Resulta aquí que, aunque la intención de la partera es “empoderar” a la mujer a la que atiende, se le hace una exigencia que resulta para la mujer como un regaño, una forma de maltrato, que busca afianzar un tipo de pensamiento y de acción:

*luego yo fui al hospital a mi consulta del IMSS y me dijeron “te vamos a hacer una transfusión porque estas súper desangrada”; fui al hospital y otro médico dijo “está anémica porque acaba de parir pero no necesita la trasfusión” y cuando le conté eso a **mi partera me regañó, “por qué les das el poder a ellos de decidir sobre tu salud, tú decides lo que quieres, tú quedas minimizada”**; fue un rollo muy reivindicativo del poder de la mujer para el que yo no estaba emocionalmente preparada y fue un poco incómodo, yo lo viví como un regaño, después nos disculpamos y a mí me vino bien porque fue en ese momento donde si te sacude el tema de darle el poder a los demás muy coherente con toda su argumentación (Valeria, 38 años, Estudiante de doctorado, parió en este modelo, Coordinadora de un grupo de contención para madres).*

En este apartado presenté y analicé las narraciones de las mujeres entrevistadas, se muestra la forma de la atención que brindan, y sus procesos de formación.

Aunque hay similitudes en sus ideas y por lo tanto en sus narraciones es posible observar distintas formas de pensar en las parteras, lo que cada una de ellas enfatiza no siempre coincide. En lo que invariablemente hay coincidencia es en la valoración que hacen de la partería como un aspecto que les ofreció un horizonte novedoso en el que hallaron la posibilidad de desarrollarse profesionalmente y aportar a la construcción de opciones para que las mujeres atiendan sus embarazos y partos en modelos que respeten sus cuerpos, decisiones, emociones e ideas.

Intenté mostrar cómo puede haber contradicciones entre lo que explícitamente promueven las parteras (en este caso la vivencia de la maternidad como algo decidido,

libre de imposiciones sociales de género y de cargas morales) y las prácticas y condiciones concretas que se necesitan para acceder a esta forma de vivir la maternidad. En general creo que este apartado ofrece una visión profunda de las parteras entrevistadas en sus propias palabras y con ejemplos concretos que ilustran cómo sus ideas, emociones y fundamentos se expresan en la práctica.

Consideraciones finales

La lectura de los discursos principalmente en las entrevistas, pero también en eventos y publicaciones de parteras, me ponen en la posibilidad de hablar de un discurso y de analizarlo. Con base en dicha información presento el siguiente apartado, en el que, atendiendo al objetivo primordial de este trabajo, a saber, dar cuenta de los componentes presentes en los discursos de la partería profesional contemporánea, muestro el resultado del análisis de esta teniendo como ejes las categorías e información presentadas a lo largo de este trabajo.

La construcción de un *subcampo*

En el capítulo uno se revisaron los elementos que constituyen un *campo*. En términos generales son conformados por grupos de personas que tienen referentes comunes, espacios físicos, terminologías y una particular manera de interactuar, reglas implícitas y explícitas que funcionan específicamente para ese *campo*, pues responden a una lógica e intención precisa.

En el caso de las parteras profesionales contemporáneas (PP), hay una búsqueda visible de consolidación de su *subcampo* que es factible de analizar en sus discursos. Partiendo de lo más básico podemos ver que al nombrarse “parteras” cargan su oficio del significado arquetípico de partera⁶⁷, mujeres con sabiduría, conocimientos y experiencia. En este punto hay una búsqueda de sentido particular, a las parteras profesionales no les interesa reivindicarse y nombrarse únicamente desde lo científico.

⁶⁷ Como ejemplo de esto menciono que estuve presente en una reunión de licenciadas enfermeras obstetras (LEOs) en CIMIGEN que a su vez era dirigida por LEOs que trabajan en la atención del parto en casa, estas últimas se llamaban a sí mismas parteras, e invitaban a las otras LEOs a unirse a la partería.

Este elemento parece corresponderse con una constante hallada en los relatos de mis entrevistadas, las mujeres que se integran a la partería profesional explican su integración como parte de un proceso de vida que las colocó ahí, una historia familiar o personal que se liga en algún punto con la partería. Aun cuando llegaron a la partería desde su formación en una rama médica, interpretan esta llegada con elementos que cobran un sentido simbólico. Hay quizá en esto una búsqueda de sentido distinta, en la que se implican elementos de orden simbólico, de un lazo profundo con esa antigua partería y de una misión personal de ser partera. Elementos que parecen dotar de legitimidad su práctica.

Este orden simbólico al que constantemente hacen alusión se acompaña de prácticas privativas del *subcampo* de la partería, formas de atención del embarazo y del parto que no son usuales en los médicos, manipulación del cuerpo (con masajes y/o rebozo), medicinas de elaboración propia, pláticas amplias y profundas con las mujeres embarazadas, combinación de prácticas médicas (acupuntura, alopática, homeopatía, hebolaria, etc.). Un ejemplo es el uso de la placenta, que, como se mostró, adquiere una valoración simbólica, pero también en términos prácticos, se le da un trato particular en el momento del parto con la consigna de beneficiar al recién nacido, y posteriormente se elabora con ella la llamada “medicina placentaria” destinada a beneficiar la mujer que acaba de parir y a su hijo. Y a la vez es parte de los servicios que se ofrecen en el mercado de la medicina alternativa y complementaria.

Las prácticas y elementos simbólicos conforman parámetros de acción que requieren conocimientos específicos. Los saberes y prácticas de las parteras delimitan y establecen una forma de atención, lo que se acompaña de un lenguaje propio que expresa

referencias y acuerdos que abren la posibilidad de luchar por insertarse en el *campo* de atención del parto.

La temprana exclusión de las parteras profesionales de los servicios de atención del parto, acompañada de su devaluación social, hace que las parteras tengan que recorrer un camino de legitimación. Para lograrlo las parteras se valen de la reivindicación de sus peculiaridades, así como de la denuncia de lo negativo para la salud de ciertas prácticas médicas, y la existencia de maltrato en la atención hegemónica del parto. La diferenciación con la que las parteras profesionales presentan su atención respecto a la atención médica funciona como una estrategia para afianzarse y mostrarse más atractivas; por ello se desligan de términos usados en la medicina, pero sobre todo recurren a una valoración de elementos subjetivos como el estado emocional de la embarazada y también corporales, por ejemplo, promueven una preparación física preparto, en contraposición a la valoración de lo científico y exacto. Estos elementos se integran y dicen ofrecer algo más duradero y de mayor alcance que la mera atención del parto. El discurso que sustenta ese tipo de atención sostiene que el parto influye en la relación de la madre con su hijo⁶⁸, además, se dice, abre una posibilidad de acceso al empoderamiento y autonomía de las mujeres respecto de su cuerpo.

Aunque en las entrevistas es posible ver que hay diversos matices entre lo que las parteras buscan y promueven, en general hay en una inclinación a ciertos esquemas simbólicos, lo mismo en aquellas que acuden a su atención. Hay una especie de confinamiento simbólico; el ser mujer con ideas alternativas se corresponde con un comportamiento particular, hay una disponibilidad simbólica a elegir de una manera. La

⁶⁸ Es justamente en este tipo de afirmaciones en donde hay cabida para los discursos tradicionales de género.

partería profesional se presenta a sí misma como una opción acorde a esa forma de vivir y específicamente de vivir el ser mujer, un estilo de vida natural, con decisión sobre el propio cuerpo, saludable y espiritual. Las parteras se valen de las redes sociales, para difundir sus ideas y servicios y se apoyan en fotos, imágenes, artículos y comentarios que afianzan y demuestran su afinidad a esas características.

Si bien se realzan los elementos simbólicos y de medicina alternativa mencionados como distintivos, las parteras profesionales también se presentan como profesionales capaces de competir con la atención médica, es decir capaces de lidiar efectivamente con urgencias que se pueden presentar en el parto; este es un punto clave en la definición de su práctica. Para acreditarse como profesionales, algunas parteras que cuentan con formación, pero no tienen ningún título con reconocimiento oficial⁶⁹ promueven que haya una certificación que las presente como aptas para la atención del parto. Esto es un tema ampliamente debatido entre los grupos de parteras, se ha expresado la preocupación de dejar fuera a aquellas mujeres que no pueden presentar un examen por no hablar español, por ser analfabetas o bien porque sus conocimientos no se corresponden a los conocimientos médicos hegemónicos, algunas posturas expresan que debe ser un órgano de parteras el que certifique a otras parteras. Entonces hay un tema urgente a resolver para los grupos de parteras “quién certificará a las parteras” y “con qué elementos se puede hacer una certificación que las incluya a todas”. En este punto y de manera indirecta vemos que al buscar afianzarse como un grupo experto se desligan de la partería tradicional. Entonces la partería profesional está ocupando un espacio de atención del parto que no es el médico ni el de la partería tradicional. Así, el

⁶⁹ Como mencioné en el capítulo 2, aunque en México hay distintas vías para formarse como partera, sólo CASA. AC. y la Escuela de parteras profesionales del estado de Guerrero, otorgan el título de partería.

establecimiento oficial de una estandarización de competencias para obtener una acreditación como partera, que se promueve desde algunos grupos de la partería profesional, puede acentuar desigualdades sociales, como dejar fuera a otros especialistas que atienden el parto, a parteras tradicionales en este caso, más por dotar de herramientas a aquellos en desacuerdo con su práctica que por la disputa de las pacientes⁷⁰.

Discursos y saberes

En cuanto a los discursos de las parteras profesionales están presentes una serie de elementos que tienen trascendencia para la vida de las mujeres y que vale la pena analizar detenidamente. Uno de ellos es el referente a los saberes femeninos. El saber es un elemento que abre la posibilidad de acción. Como se expuso en el capítulo 2, las políticas de medicalización han implicado históricamente el cuerpo de las mujeres, su salud y sus conocimientos, por lo que contar con información de las causas y consecuencias de estos procesos, así como de la existencia de otras formas de atención es elemental para elegir y así ejercer los derechos alrededor del parto, lo que conlleva a su vez una impugnación de conocimiento y de los proveedores autorizados (Morgan,1998).

Recordemos que el conocimiento de las mujeres respecto a su cuerpo y sus procesos fue lo primero en ser expropiado para instituir el conocimiento médico (Ehrenreich, 1981, 1990; Federicci, 2010). El discurso de las parteras reconoce que hay conocimiento en las

⁷⁰ Pues las PPC tienen mayor influencia en las zonas urbanas y su clientela suele diferenciarse de aquellas que buscan la atención de parteras tradicionales. Aunque hay ciertas parteras tradicionales que atienden a mujeres no indígenas, extranjeras, profesionistas, etc. Esto lo atribuyo a que están ubicadas en zonas rurales con población que precisamente busca vivir fuera de la urbanización, como Tepoztlán.

experiencias de las mujeres que paren. Que se tenga la posibilidad de saber, decidir y opinar en un proceso de tan alta repercusión en la vida de las mujeres es relevante e invierte el orden establecido, orden en que estas deben acatar las indicaciones medicas sin cuestionar “por su propio bien”.

Ya en los 70 el Colectivo por la salud de las mujeres de Boston⁷¹ integró un libro “Nuestros cuerpos, nuestras vidas” realizado con conocimientos, adquiridos tanto de fuentes profesionales, como de las experiencias de mujeres. Este colectivo partía justamente de la idea de “saber es poder” y de la consideración de que las mujeres tenían muy poco control y conocimiento sobre las necesidades y prácticas necesarias para conservar su salud⁷² (CSMB, 2000).

Que la partería reconozca y promueva el autoreconocimiento en las mujeres de sus saberes, me parece un aporte al fortalecimiento de la autonomía femenina y a la construcción de otras “versiones” de lo que es el parto, como un saber de mujeres y no sólo de especialistas. Desde la partería se hace una denuncia de lo inadecuado de la alta recurrencia de las cesáreas y la medicación rutinaria del parto. Por lo que la difusión de estos saberes resulta ser un enfrentamiento al poder médico y a las farmacéuticas.

La medicina se constituyó como una profesión que excluyó a las mujeres, haciendo una valoración menor de las capacidades femeninas. Entonces cabe preguntarse si las

⁷¹ Surge a finales de los sesenta promovido por un grupo de mujeres que decidió reunirse semanalmente para hablar del tema de las mujeres y su cuerpo. Al comprender que lo que cada una sabía respecto a su cuerpo y la salud era muy importante para otras mujeres, decidieron juntar sus conocimientos e invitar a más mujeres a hacerlo.

⁷²² Entre muchos otros temas en este libro se habla de las necesidades de la parturienta (contexto, personas allegadas, respiración, endorfinas, posturas, contacto, emociones) y se exponen las consecuencias de la episiotomía, el uso de fórceps, la cesárea y medicamentos. Ellas establecieron clínicas para mujeres en donde promovían exámenes ginecológicos y medicina alternativa, el objetivo era que las mujeres tuvieran el control sobre su cuerpo, fuera del sistema médico.

reivindicaciones de las parteras son un aporte a la imagen de lo femenino, a otra forma de cuidar la salud, una que nos permite mirarnos a nosotras mismas en una sociedad en la que lo femenino ha sido reducido y desvalorizado, desde la cultura patriarcal y judeocristiana, pero también desde la definición médica (presuntamente científica y neutral) de lo femenino ha habido una constante desposesión del propio cuerpo.

Al señalar y rechazar el maltrato institucional de atención del parto, se pone sobre la mesa la necesidad de modificar la visión de este, la estructura y protocolos⁷³ con los que se le atiende, y por supuesto la formación⁷⁴ de quienes lo atienden. No se puede buscar precisión en un parto, pues como han mencionado ampliamente las parteras profesionales los partos son procesos distintos en cada mujer⁷⁵. Los conocimientos de las mujeres que han parido, así como de otras profesionales del parto, deben ser tomados en cuenta en la construcción de otro modelo de atención. Me parece pues, que el discurso de la partería profesional contribuye a impulsar un modelo de atención al nacimiento en el que se respeten los derechos de las mujeres.

Este discurso al motivar la elección y conciencia de la vivencia de la maternidad tiene la posibilidad de ayudar a las mujeres a ubicarse en el lado de la maternidad decida, -no como institución- y desde ahí construir maternidades más placenteras. Sin embargo, pienso que es importante hacer una lectura más precisa de los pronunciamientos directos o indirectos sobre la maternidad presentes en este discurso, para ello me apoyo en planteamientos que desde el feminismo se han hecho de la maternidad.

⁷³ Dichos protocolos son la respuesta para dar salida a la saturación de pacientes en las instituciones de salud públicas.

⁷⁴ Menciono los procesos formativos, pues como se mostró en el capítulo 3, muchas de las prácticas catalogadas como violencia obstétrica se cometen sobre las pacientes durante la formación de médicos que aprenden en los cuerpos de las pacientes.

⁷⁵ Esta postura la sostienen también algunos médicos de instituciones privadas.

Me parece que un punto de partida básico para cualquier discurso que se pronuncie a favor de la autonomía femenina (como hace la partería profesional), es cuestionar los mandatos de género, en el caso de la partería es necesario desligarse de lo que Adrienne Rich (1996) llamó “la maternidad como institución” un tipo de maternidad que promueve en última instancia la realización personal a través del “destino biológico”, una realización que aparece como automática. El objetivo de la institución de la maternidad es para la autora, asegurar el potencial reproductivo de las mujeres.

La identificación de lo femenino con los valores reproductores, en un sistema social en el que la reproducción es menos valorada que la producción para el mercado coloca a las mujeres en un espacio de menor valor social (Ehrenreich y English, 1990; Federici, 2010). Esta lógica integrada en el imaginario social es el caldo de cultivo de la opresión, de condiciones que desfavorecen la salud y el desarrollo de las capacidades y potencialidades femeninas.

Según Julia Tuñón (2008), un discurso nos dicta lo que está prohibido y permitido, los discursos son mecanismos de control que trazan horizontes de prácticas individuales y sociales. Al leer los postulados del discurso alternativo de la maternidad (con los que comulga la PP) me parece que es posible hallar en ellos mandatos implícitos que corren el riesgo de una subsunción a los antiguos patrones de la maternidad. Lo novedoso entonces está en la forma de operar, factible de ser explicada con el concepto de “patriarcados de consentimiento” definido por Cristina Molina (2003) como mecanismos de seducción que llevan a las mujeres a aceptar los modelos propuestos de lo femenino.

Así, se puede mirar al actual modelo de crianza⁷⁶ promovido por el discurso de la maternidad alternativa, como limitante para las mujeres, pues, aunque se habla de la paternidad compartida, en una sociedad como la mexicana, son las mujeres quienes absorben la mayor carga de trabajo reproductivo en lo cotidiano. Este modelo tan exigente, promueve la vivencia de la maternidad como un hecho de renuncia amorosa. Pensemos, por ejemplo, en uno de los pilares de la maternidad alternativa: la lactancia a libre demanda⁷⁷, para que esta sea efectiva, implica la disponibilidad continua durante los meses o años que dure la lactancia, por lo que contar con un empleo o actividades que separen a la madre del bebé conlleva dificultades. Entonces en los discursos de la partería profesional contemporánea puede haber una promoción de modelos, que perpetúen lo que es una realidad hoy para muchas mujeres mexicanas, la vivencia de la maternidad marcada por condiciones de desventaja, de sacrificio y renuncia. Al tener parámetros de lo deseable e indeseable en la crianza, se puede caer en la evaluación de la “buena madre”, aunque sea exigido desde la presunción de otros referentes. Lo anterior puede ser acompañado por la lectura de estos discursos como una idealización de la maternidad y como afirmación de una supuesta esencia femenina, pues entre las parteras profesionales se habla de la existencia del instinto materno como algo a reivindicar. La idea que difunden es el reconocimiento de las capacidades biológicas femeninas inscritas en el ADN y aunque los discursos de la partería se ubican en la perspectiva de derechos, me parece que fácilmente puede ser interpretado de la manera mencionada. Además, es

⁷⁶ Bajo el argumento de fomentar la salud emocional y física de los niños se aconseja que durante el primer año de vida que haya contacto constante del bebé con su cuidador, el privilegiar tenerle en brazos o pegado al cuerpo antes que en carrito o cuna, que duerma con los padres, la lactancia a libre demanda hasta los dos años y la satisfacción inmediata de las necesidades del bebé.

⁷⁷ Establece que se amamante al bebé cuando lo demande con señales corporales.

necesario ver que el cuerpo mismo no es un espacio neutral, el cuerpo es cultural, su simbolización difiere entre las clases, entre las culturas y épocas.

Me parece fundamental para vaciar a los discursos de mandatos, tomar en cuenta que las mujeres tienen condiciones específicas, que hay múltiples formas de vida, de realidades materiales y de concepciones que direccionan las elecciones. El parto, el embarazo y la maternidad en general pueden (y deben) pensarse de acuerdo a los contextos sociales en que ocurren, pues ellos les transfieren significados que definen la forma en la que se les vive, se les piensa y atiende (Stoller, 1974; Kitzinger, 1978; Oakley, 1984; Erviti, 2013).

Siguiendo con esa idea y centrándonos ahora en la posibilidad de decidir sobre la atención del parto, es necesario apuntar que para ejercer esa decisión hay barreras materiales, epistémicas, subjetivas, además de las barreras político- formales.

Los contenidos de los discursos de la partería profesional que invitan a la toma de decisiones autónomas en la elección de un modelo de atención del parto requieren una elaboración compleja resultado de formaciones y revisión de información, es un hecho que no todas las mujeres cuentan con la formación que permite la resonancia de esos discursos.

En este tema es necesario apuntar que el maltrato en la atención del parto es una cuestión cultural e institucional, en la que interviene la mirada patriarcal, pero también es clasista, tiende a perjudicar más a las mujeres que se encuentran en condiciones de marginalidad económica y cultural. Formas específicas de maltrato, así como la carencia de herramientas para defenderse de él, están más presentes entre las mujeres pobres,

por lo que un discurso alrededor de la maternidad preocupado por las mujeres debe llegar y contemplar a dichas mujeres (en este caso) de la Ciudad de México.

Parece obvio mencionar que los honorarios por la atención de un parto con partera (o con otros profesionales), no pueden ser cubiertos por la mayoría de las mujeres habitantes de la Ciudad de México, por lo que esta es por ahora, una barrera inquebrantable para decidir la atención del parto. Resulta pues indispensable para que las mujeres puedan tener un parto respetado, contar con una estructura social que lo garantice, verlo de otra manera, es ubicarse en las individualidades y desde ahí reforzar el discurso del mercado que nos insta a cubrir con nuestros recursos, a través de consumo mercantil nuestros derechos. Si a la partería contemporánea le interesa posicionarse como una opción de amplio alcance, debe buscar una postura que le permita estar presente sin ser subsumida por la lógica capitalista, un tipo de consumo de moda.

El derecho a un parto humanizado está perfectamente legislado por la Organización Mundial de la Salud y la Secretaría de Salud, así que no es legislar lo que está haciendo falta en ese tema⁷⁸. Lo adecuado sería convertirlo no en un problema de mujeres, sino en un problema de la sociedad, es decir, de los hombres, de mujeres, del estado, del mercado, porque la maternidad tiene que ver con la reproducción de la vida y la reproducción de la vida no puede ser una responsabilidad que la sociedad le asigne sólo a las mujeres.

⁷⁸ Me parece pertinente apuntar que el hecho de que el gobierno esté abogando tanto por la partería, me crea suspicacia y me pregunto si se está cerrando sólo en una definición de lo qué es la partería legítima, como lo hizo ya una vez.

Como es posible ver, el discurso de la Partería profesional contemporánea toca varios temas de interés para las mujeres y para la sociedad en general. Por los alcances de mi trabajo me he limitado a los temas expuestos. Sin embargo, hay mucho más factible de ser revisado en el trabajo teórico y de campo realizado.

Una de las limitaciones de mi trabajo es que al estar restringida a un número pequeño de parteras y a parteras que no son dirigentes ni fundadoras de grupos de parteras (pues busqué hablar del discurso “menos elaborado” en la partería) carezco de conocimiento sobre los procesos de establecimiento de las escuelas y asociaciones de partería a establecerse en nuestro país, lo cual daría un panorama más completo y una lectura de un proceso también político de la partería profesional en México.

Me queda también la sensación de que lo que en este trabajo se presenta es parcial, pues hay mucha información de las entrevistas que no pude incluir.

Pensando en esos otros temas no tratados aquí pienso que sería posible definir líneas de investigación que dieran continuidad a este trabajo, uno de ellos podría referirse a estereotipos de mujeres que se promueven a partir de la promoción de ciertos aspectos o formas de vivir la maternidad y que presuntamente resultan en beneficios sobre la salud emocional de los niños y que están operando directamente ligados a la partería.

Es un tema pendiente conocer más sobre la dinámica de la partería profesional, para conocer su es un ámbito que se encuentra en proceso de expansión.

Otro tema que aparece constantemente en las entrevistas es el referente a las emociones, hay en las parteras un importante elemento de gestión emocional, por lo que creo que sería útil analizar las entrevistas a la luz de la sociología de las emociones.

Sin duda otro tema muy importante es el referente a la certificación en la partería, quien la promueve, qué piensan las parteras tradicionales de ello, cómo están actualmente las negociaciones por este tema, quien encabeza la discusión y bajo qué preceptos.

Un pendiente más de este trabajo es que pueda servir a las mujeres entrevistadas y a las parteras en general para mirarse ya sea por reflejo o por desacuerdo con la imagen de la partería que aquí se muestra. Espero que dicha mirada aporte en la construcción de su gran proyecto.

Bibliografía

Adams, Parveen. (1992). *Hacer de madre*. Debate Feminista, 6, 183-198.7

Amir, Delila., Orly, Benjamin. (1997). Defining encounters: Who are the women entitled to join the Israeli collective. En *Women's Studies International Forum*, 20, 639–650.

Arámburu, Marcela, (2012). Metodología para calcular la razón de mortalidad materna: un mejor registro y un indicador deficiente. Realidad, datos y espacio revista internacional de estadística y geografía, 3.

Arce, Francisco. (1982). *Historia de las profesiones en México*. México: El Colegio de México.

Arjona, Vanessa. (2006). Información y libertad: apropiaciones y expropiaciones del cuerpo materno. *Medicina naturista*,10, 689-692.

Asociación Mexicana de Partería. (2016). Mamás y papás: es seguro el parto en casa. Ciudad de México. Recuperado de <http://www.asociacionmexicanadeparteria.org>

Bartolache, José. (1772). *Avisos acerca del mal histérico que llaman latido*. Mercurio Volante, 6, 55-64.

Bartra, Eli. (2012). Acerca de la investigación y la metodología feminista. En Blazquez, Norma. Flores, Fátima. y Ríos, Maribel. (coord.). *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 67-78). México: UNAM, CIICH, CRIM, Facultad de Psicología.

Berger, Peter y Thomas, Luckmann. (2006). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Bericat, Eduardo. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona: Ariel.
- Berrío, Lina. y Loggia, Silvia. (2014). *Estado de las parteras en el mundo, 2014. Oportunidades y Retos para México*. México: OPS, OMS, CPMS, UNFPA.
- Blázquez, María. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 42, 1-16.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Bourdieu, Pierre. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, Pierre. (1999). *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, Pierre. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Cabré, Montserrat. y Ortiz, Teresa. (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa Siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria.
- Carrillo, Ana María. (1998). Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX. En *Asclepio*, 2, 149-168.
- Carrillo, Ana María. (1999.) Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. En *Dynamis Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 19, 1-24.
- Carro, Susana. (2014). Las malas madres. En García, Sonia. Medina, Silvia. Suárez, Carmen (ed), *Nacimientos bajo control: el parto en las edades Moderna y Contemporánea* (pp.169-177). España: Trea.
- Castro, Roberto. (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial-UNAM.
- Castro, Roberto.,y Erviti, Joaquina. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México en: *CONAMED 19* (1).
- Chevallier, Stéphane. y Chauvire, Christiane. (2011). *Diccionario Bourdieu*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- CNDH. (2011). *Semana del parto humanizado: Dónde, cómo y con quién parir* Boletín 293. Recuperado de <http://cdhdf.org.mx/2011/08/semana-del-parto-humanizado-donde-como-y-con-quien-parir/>
- Colectivo de las mujeres de Boston. (2000). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: un libro por mujeres para mujeres*. Barcelona: Plaza & Janes.
- Coll, Rosa. (1992.) Dejar de ser madre. En *Debate feminista*, 6, 84-89.
- Davis- Floyd, Robbie. (2001). Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto. *Revista International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75, 5-23.
- Davis-Floyd, Robbie. (2007). Daughter of time: the postmodern midwife. *Rev Esc Enferm USP* 42 (1), 168-72.
- De Souza, María. (1995). El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Douglas, Mary. (1998). *Estilos de pensar*. Barcelona: Gedisa.
- Doulas.es. (2015). *Qué es una doula*. Recuperado de http://doulas.es/documentos/doulases/que_es_una_doula
- Ehrenreich, Barbara. y English, Deirdre. (1981). *Brujas, Parteras y Enfermeras. Una historia de sanadoras*. Barcelona: La Sal.
- Ehrenreich, Barbara. y English, Deirdre. (1990). *Por su propio bien: 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus.
- ENSANUT. (2013). *Encuesta nacional de nutrición y salud 2012. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto*. recuperado de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>
- Erviti, Joaquina. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. En Castro, Roberto Y López, Alejandra. (ed). Poder médico y ciudadanía. *El conflicto social de los profesionales de la salud con los*

derechos reproductivos en América Latina, (pp. 101-22). Montevideo: UdelaR/CRIM-UNAM.

Erviti, Joaquina. (2013). Mujeres, cuerpos y medicina. Un estudio con médicos en servicios de salud reproductiva. En Agoff, Carolina, Irene Casique y Roberto Castro (coords.) *Visible en todas partes: estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, (pp. 119-143). México: CRIM, Porrúa, UNAM.

Espinosa, Gisela (coord.). (2000). *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*. México: El Atajo ediciones, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, UAM.

Espinosa, Gisela. (2013). *Manos unidas contra la muerte materna. Por una maternidad libre y saludable para las indígenas de la Costa Chica-Montaña de Guerrero*. México: UAM, CDI.

Esteban, Mari Luz. (2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista, en *Salud colectiva*, 1, 9-20.

Federici, Silvia. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de sueños.

Federici, Silvia. (2014). *Es un engaño que el trabajo asalariado sea la clave para liberar a las mujeres*, entrevista realizada por Requena, Ana. En: http://www.eldiario.es/economia/engano-trabajo-asalariado-liberar-mujeres_0_262823964.html

Flores, Francisco. (1982). *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta la presente*. Edición facsimilar. Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_102/his06102.html

Foucault, Michel. (1974) Historia de la medicalización. *Educación médica y salud* 1, 1-24.

Foucault, Michel. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.

Foucault, Michel. (2006). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México. Siglo XXI.

Foucault, Michel. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel. (2014). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Francesca, Gargallo. (2012). Una metodología para detectar lo que de hegemónico ha recogido el feminismo académico latinoamericano y caribeño. En Blazquez, Norma. Flores, Fátima. y Ríos, Maribel. (coord.). *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 155-178). México: UNAM, CIICH, CRIM, Facultad de Psicología.

Freidson, Eliot. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.

Freyermuth, Graciela., Luna, Marisol. Y Muños, José. (2013). *Indicadores 2011. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Avances en México*. México: Fundación MacArthur en México, Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Gale, Nicola. (2014). The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine health. *Sociology Compass*, 8, 805–822.

Gale, Nicola. (2011). From body-talk to body-stories: body work in complementary and alternative medicine. *Sociology of Health & Illness*, 33, 237–251.

García, Sonia. (2014). Las prácticas tradicionales y la medicalización del parto una convivencia tensa en la sociedad contemporánea. En García, Sonia., Medina, Silvia. Y Suárez, Carmen (Ed), *Nacimientos bajo control: el parto en las edades Moderna y Contemporánea* (pp.109-128). España: Trea.

GIRE. (2015). *Violencia obstétrica*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>.

- Gómez, Adriana. (2007). *Humanizando los nacimientos: el parto en manos de las mujeres*. Santiago: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.
- Gúber, Rosana. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- Harcourt, Wendy. (2010). *Desarrollo y políticas corporales. Debates críticos en género y desarrollo*. España: Bellaterra.
- Haro, Jesús. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. *En Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-162). Barcelona: Bellaterra.
- Héritier, Françoise. (2007). *Masculino/femenino II. Disolver la jerarquía*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Juliano, Dolores. (2004). *Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*. Valencia: Ediciones Catedra.
- Lamas, Marta. (1986). La antropología feminista y la categoría 'género'. *Nueva Antropología*, 30, 173-198.
- Lamas, Marta. (2001). *Política y reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir*. México: Plaza & Janés editores.
- Laqueur, Thomas. (1990). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Valencia: Ediciones Catedra.
- León, Nicolás. (1910). *La obstetricia en México*, México: Vda. de F. Díaz de León.
- López, Olivia. (2007). *De la costilla de Adán al útero de Eva. El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX*. México: UNAM- Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Lorber, Judith. y Moore, Lisa. (2002). *Gender and the Social Construction of Illness*. Inglaterra: Altamira Prees.

- Lupton, Deborah. (2012). Los feminismos y la medicina. En Deborah, Lupton. *La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales. Pensamiento Global* (pp167-203). Medellín: Universidad de Antioquia
- Magnone, Natalia. (2013) Modelos respetados de asistencia al parto: cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 5, (12).
- Márquez, Soledad. y Meneu, Ricardo. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia. Revista de Filosofía*, 2. Versión electrónica.
- Menéndez, Eduardo. (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: CIESAS.
- Molina, Cristina. (2003). Género y poder desde sus metáforas. Apuntes para una topografía del patriarcado. En Tubert, Silvia. *Del sexo al género*. Valencia: Ediciones Catedra.
- Morgan, Pauly. (1998) Contested bodies, contested knowledges: women, health, and the politics of medicalization. En Sherwin, Susan (ed). *The politics of women's health: exploring agency and autonomy* (pp. 83-121). Filadelfia: Temple University Press.
- Ning, Ana. (2014). How 'alternative' is CAM? Rethinking conventional dichotomies between biomedicine and complementary/alternative medicine. *Health*, 17, (2), 135–158.
- Nueve Lunas S.C. (2011). *Atención humanizada del parto y nacimiento. Carpeta informativa*. México: Instituto de las Mujeres, Fundación Mac Arthur.
- Oakley, Ann. (1985). *The Captured Womb: History of the Medical Care of Pregnant Women*. Londres: Blackwell.
- Odent, Michel. (2011). *El nacimiento en la era del plástico*. España: Ob Stare.
- Pérez, Iñiga. (1995). *La partera en el desarrollo histórico del IMSS. Informe de investigaciones*. México: ENEO-UNAM.

- Pérez, Iñiga. y Castañeda, Cristina. (2012). *Antecedentes históricos de las parteras en México*. Recuperado de <http://enfeps.blogspot.com.es/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>
- Petchesky, Rosalind. (1990). *Abortion and woman's choice: The state, Sexuality and reproductive freedom*. Ney York: Logman.
- Pieschacón, Camila. (2013). *Partería urbana en Bogotá: Construcción y reconstrucción de representaciones y prácticas durante la gestación y el parto* (monografía de grado) Escuela de Ciencias Humanas Programa de Antropología, Colombia.
- Rhodes, Maxine. (2001) Saber y práctica de la matronería en la Gran Bretaña 1936 a 1950. En Cabré, Montserrat. y Ortiz, Teresa (ed), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa Siglos XII-XX* (pp 189-216). Barcelona: Icaria.
- Rich, Adrienne (1996). *Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución*. Valencia: Cátedra.
- Ríos, Maribel. (2012). Metodología de las ciencias sociales y perspectiva de género. En Blazquez, Norma. Flores, Fátima. y Ríos, Maribel. (coord.). *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 179-196). México: UNAM, CIICH, CRIM, Facultad de Psicología.
- Rodriguez, Josep. (1981). El poder médico desde la sociología. *Revista española de investigaciones sociológicas* ,14. 95-112.
- Sánchez, Olivia. (2007). *De la costilla de Adán al útero de Eva. El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX*. México: UNAM- Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Schmid, Verena. (2011). *A cerca de la fisiología en el embarazo y el parto*, Buenos Aires: Mujer Sabia Editoras.
- Scott, Anne. (1999). Paradoxes of holism: some problems in developing an anti-oppressive medical practice. *Health*, 3, (2), 131–149.

- Sheridan, Bridgette. (2001). De parto: la medicina, el estado moderno y la matrona real Louise Bourgeois. En Cabré, Montserrat. y Ortiz, Teresa (ed), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa Siglos XII-XX* (pp. 143-164). Barcelona: Icaria.
- Stern, Alexandra. (2006). Esterilizadas en Nombre de la Salud Pública: Raza, Inmigración y Control Reproductivo en California en el Siglo XX. *Salud Colectiva* [online], 2, pp.173-189.
- Suárez, Carmen (2014). Cuerpos gestantes una polémica para la agenda feminista. En García Sonia, Medina, Silvia, Suárez Carmen (Ed) *Nacimientos bajo control: el parto en las edades Moderna y Contemporánea* (pp.151-167). España: Trea.
- Tarrés, María (coord.). (2001). *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la Investigación social*. México: Porrúa- El Colegio de México.
- Taylor, Steve y Bogdan, Robert. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tuñón, Julia. (2008). Problemas y debates en torno a la construcción social y simbólica de los cuerpos. En Julia Tuñón (comp.) *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México* (pp. 11-65). México: El Colegio de México.
- Turner, Bryan. (1999). Profesiones, conocimiento y poder. En Cuesta, Carmen (comp). *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina* (pp. 187-222). Colombia: Universidad de Antioquia.
- Vela, Fortino. (2004). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En Tarrés, María (coord.). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 63-93). México: Porrúa, El Colegio de México-FLACSO.
- Weber, Max (1981). *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Weber, Max (1993). La 'objetividad' cognoscitiva de la ciencia social y de la política social. En Weber, Max. *Ensayos sobre metodología sociológica*, Buenos Aires: Amorrortu. (pp. 39-102)

Winocur, Mariana. (2012). *El mandato cultural de la maternidad. El cuerpo el deseo frente a la imposibilidad de embarazarse*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.

Zola, Irving. (1999). La medicina como institución de control social. En Carmen de la Cuesta-Benjumea (comp.). *Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina* (pp. 23-46).

Anexos

Anexo 1. Guion de entrevista

La formación en medicinas alternativas y en la partería

1. Empecemos hablando de ti si te parece bien, cuéntame qué hacías antes de ser partera.
2. ¿Y cómo llegaste a la partería, a qué edad, en qué lugar, por medio de qué relaciones?
3. ¿Cómo pensaste que podías ser partera?

Atención brindada: la concepción de la maternidad y del cuerpo femenino, expresión de los Derechos reproductivos

1. ¿Tú promueves el parto en casa? ¿por qué?
2. ¿Cuál es la diferencia de la atención que brindas durante el embarazo y el parto respecto a la que brinda un médico?
3. ¿Por qué elegiste este tipo de partería?
4. Seguramente has escuchado hablar del modelo de parto humanizado ¿te identificas con ese modelo?

Experiencia personal en la partería

1. ¿Qué significa para ti ser partera, cómo lo vives tú en lo personal qué es lo que te da esta práctica?
2. ¿Y con tu familia, tus amigos qué te dicen al respecto, cómo te perciben ellos?
3. ¿Cuál es tu relación con las mujeres que atendiste y con sus familias?
4. ¿Qué crees que opinan las personas cuando se enteran de que eres partera?

Atributos y elementos socioeconómicos claves

1. ¿Cómo se enteran las mujeres embarazadas de tus servicios?
2. ¿Me podrías contar cuál es el proceso cuando te contacta una mujer para que la atiendas, cómo te contacta, qué te pregunta, qué le explicas, se quedan de ver, hablan de tiempos, de costos o de qué hablan?
- 3.Cuál es el precio de un parto atendido contigo

4. ¿Dónde atiendes? ¿Cómo llegas al lugar del parto?

Preguntas específicas para estudiantes de partería o parteras que aún no hayan atendido ningún parto

1. ¿Por qué no has atendido ningún parto?

2. ¿Cómo piensas la atención te gustaría brindar, por ejemplo, ¿dónde te gustaría atender?

3. ¿Cómo piensas difundir tus servicios?

4. ¿Has pensado cómo establecer la cuota por tus servicios?

Anexo 2:

Relato de sesión del grupo “Compartiendo maternidades”

Este grupo fue convocado al finalizar una “amamantada pública” convocada por el colectivo MAGDAS (mexicanas al grito de amamantamos porque amamos) el objetivo de este evento es difundir y promover el derecho de amamantar en lugares públicos sin ser juzgadas, señaladas o desalojadas, así como promover los beneficios de la lactancia materna, y dar asesorías en temas de lactancia. La mayoría de las mujeres que estaban presentes en el evento son parte de dicho colectivo y dentro de él desarrollan tareas de activismo político, sin embargo, el grupo “Compartiendo maternidades” fue convocado con un explícito acuerdo de dejar en él de lado el activismo y que el móvil del grupo fuera el acompañamiento emocional, “un grupo para apapacharnos y acompañarnos entre nosotras” se dijo. En la reunión me enteré que dentro de MAGDAS ha habido ciertos desencuentros, de posturas, yo atribuyo a este hecho el que el día de la reunión de “Compartiendo maternidades” la mayoría de mujeres que llegamos, excepto las dos convocantes, no formamos parte de dicho colectivo.

En este grupo pude conocer a 6 mujeres que comparten ciertos parámetros de visión de la maternidad, todas ellas amamantan, algunas incluso a sus hijos de 2 años y 2.5 años, se comparte la idea de que amamantar es sumamente beneficioso para la salud de la madre, del hijo y del vínculo que se establece entre ambos.

En este grupo también se cree en la importancia del parto natural, aunque en este punto una de las mujeres tiene un desacuerdo, pues no le parece tan relevante. El uso de los pañales de tela es otra práctica que todas ellas adoptaron.

Solo una de ellas pario con partera (a sus 3 hijos), 2 de ellas compartieron médico pro parto natural, aunque de ellas una tuvo a sus 2 hijos por cesárea, uno que (en palabras de ellas mismas) cuesta realmente caro, pero que es muy reconocido dentro de la CDMX como promotor del parto natural, otra de ellas parió en el hospital “Los Ángeles” entre las razones de haber preferido el parto en hospital y no en casa, hablaron de que en casa se requiere hacer una inversión fuerte, en doula, rentar una ambulancia, y en caso de requerirse también pagar un hospital y los honorarios del médico.

He de comentar que es la primera vez que escucho esta postura, pues entre las mujeres con las que platicué de manera informal, ninguna contrató ambulancia, y para varias su opción en caso de requerir un hospital era el IMSS o el ISSSTE.

Anexo 3 Perfiles de las mujeres entrevistadas

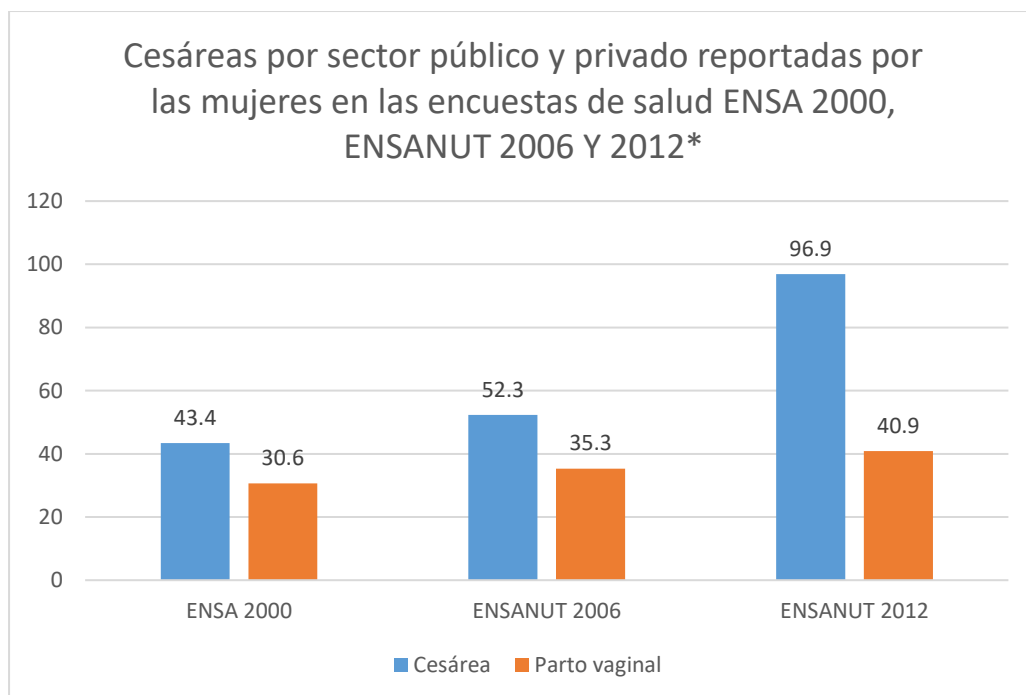
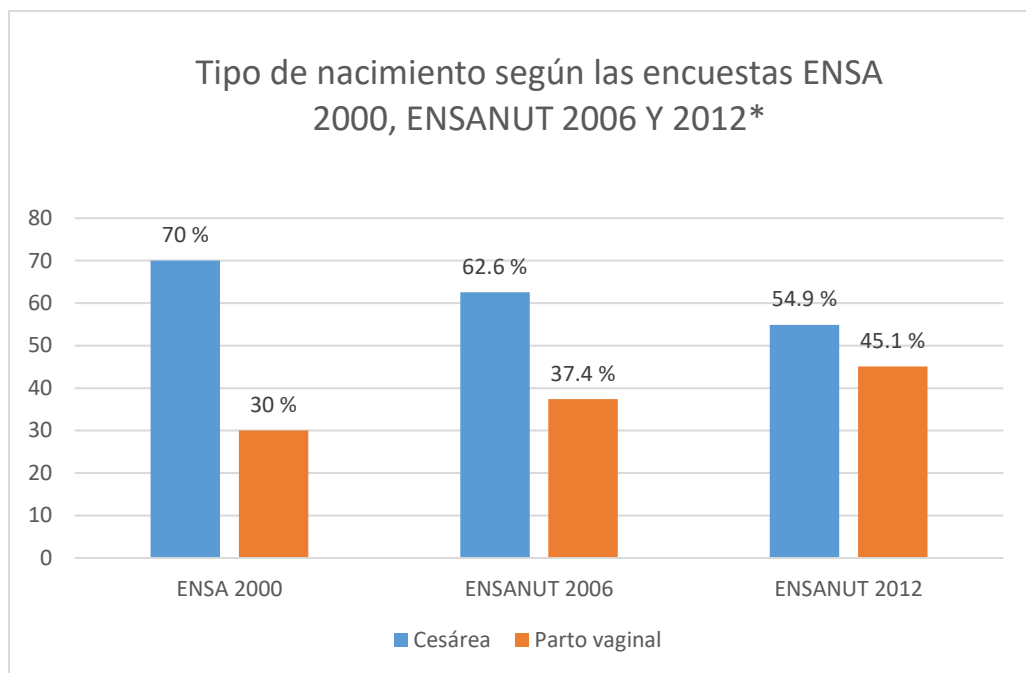
Nombre	Ocupación	Profesión	Formación en medicina alternativa	Estado civil	Edad	Hijos	Organización
Gloria	Partera; Ama de casa; Profesora en CIMIGEN	LEO ⁷⁹ - ENEO	Partería tradicional	Casada	61	1	AMP. AC ⁸⁰
Cesia	Partera	LEO - ENEO Especialidad en enfermería perinatal	Partería tradicional	Soltera	28	0	AMP. AC
Celia	Doula; Partera	Lic. en Enfermería (estudió en Colombia)	Partería profesional y tradicional, reiki, masaje, homeopatía, terapia floral y terapia neural	Casada	57	2	Ex miembro de AMP. AC
Norma	Partera; Profesora de posgrado en CIMIGEN; Coordinadora del Posgrado de Enfermería Perinatal ENEO-CIMIGEN	LEO - ENEO Especialidad en enfermería perinatal	Desconocida	Casada	---	1	AMP. AC
Florence	Partera	Lic. en partería (estudió en Alemania)	Partería tradicional y medicina alternativa	Soltera	40 años	3	AMP. AC
Andrea	Partera	Lic. en Psicología social -UAM Maestría trunca en Estudios de la mujer-UAM Carrera técnica de partería en CASA. A.C.	Partería en CASA. AC	Unión libre	38 años	1	-----
Mariana	Asesora psicológica en A.C.	Licenciada en Psicología social -UAM	Partería en Nueve Lunas	Soltera	27 años	0	Nueve Lunas A.C. Compartiendo maternidades
Marlen	Actriz; sanadora	Lic. en Dramaturgia	Estudiante de partería en Meztlazojtla	Unión libre	34 años	1	MAGDAS ⁸¹
Ericka	Ama de casa	Licenciada y maestra en estudios latinoamericanos - UNAM	Estudiante de partería en cooperativa de aprendices de partería	Unión libre	39	3	MAGDAS Porteadando por la paz. Cooperativa de aprendices de partería. Compartiendo maternidades
Valeria	Consultora	Lic. En economía-UNAM	-----	Casada	38	2	Comadres condesa

⁷⁹ Licenciatura en enfermería y obstetricia.

⁸⁰ Asociación Mexicana de partería A. C.

⁸¹ Mexicanas al grito de amamantamos porque amamos.

Anexo 4 Recurrencia de las cesáreas según la ENSANUT 2000, 2006 y 2012



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales.

* Los resultados se basan en hijos nacidos vivos en los 5 años anteriores a las entrevistas.