



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**Experiencia del parto con parteras tradicionales
mexicanas, una visión transdisciplinaria**

T E S I S

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Nora Inés Serrano Pineda

Director: Ricardo Trujillo Correa

Revisora: Ligia Colmenares Vázquez

Sinodales

Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez

Dr. Rafael Luna Sánchez

Dr. Rogelio Flores Morales

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Son muchas las personas que han marcado mi caminar hasta la culminación de esta tesis. Mi familia ha sido el motor y base para todo lo que realizo y seguiré realizando. Mi mamá, Inés Pineda, gracias por el amor y fuerza infinita, gracias Evita y Evito por esos cuidados y apapachos de alma, gracias abuela Celia por ser tu propia partera en el nacimiento de mis 12 tías y tíos, gracias Ulises Caldiño por apoyarme junto a mi mamá en todos estos años, gracias Aitorín por compartir 30 años de vida siendo el hermano mayor, por ese cariño, risas compartidas y pláticas hasta ahora. A mis amigas, amigos mexicanos y florianopolitanos, por la vida compartida.

Gracias a mi compañero Rodrigo Ardissom, por la paciencia, amor, cuidados sin fin y por esa tu forma de ser compañero, por enseñarme a vivir más leve. Y sí, existía ese lugar con playas, lagunas, cascadas y montañas cerca ¿Mínimo 44 años?

A la UNAM, a las profesoras, profesores y amigos de la Facultad de Psicología, en especial a aquellos de Psicología Social Comunitaria, a Cuauhtémoc Chávez y a mi amiga, Ilse Tamayra que me hicieron cuestionar mi lugar con el mundo, abrazos. A las personas del Predio Omecihuatl, en especial a las niñas y niños, a las personas con las que trabajé en Santa Martha Acatitla y en Santa María Tepepan, infinitas gracias por el aprendizaje de vida.

Gracias Ricardo Trujillo, por acompañarme en todo el proceso de conclusión de este trabajo, que bien sabemos fue demorado, por las retroalimentaciones tan rápidas que realizaste siempre, por los aportes, humor y accesibilidad.

Gracias Amparo Calderón, por guiarme en todo este nuevo camino que es la partería tradicional mexicana, admiro tu fuerza, sabiduría y resistencia. Este trabajo está dedicado a todas las parteras tradicionales mexicanas que, a pesar de las adversidades, continúan en la lucha, resistiendo y reapropiándose de territorios de donde fueron vedadas, como las ciudades.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Objetivo general	3
Capítulo I. Postura teórico-metodológica	4
1.1 La Transdisciplinariedad y Teoría de la Complejidad	4
1.2 Modelo semiótico-discursivo transdisciplinario	13
1.2.1 Criterios tipológicos de los discursos-semiosis	15
1.2.2 Las materialidades y funcionamientos semiótico-discursivos	19
1.2.3 Los sujetos y las prácticas semiótico-discursivas	19
1.2.4 Condiciones de producción, circulación y recepción semiótico-discursivas ..	19
1.3 Campos cognitivos	20
Capítulo II. Historia del parto y del nacimiento	23
Capítulo III. Medicalización del nacimiento	36
Capítulo IV. Análisis y discusión	54
4.1 Historia de la partería tradicional en México	54
4.2 Criterios tipológicos de los discursos-semiosis	58
4.3 Las materialidades y funcionamientos semiótico-discursivos	77
4.4. Los sujetos y las prácticas semiótico-discursivas	80
4.5 Condiciones de producción, circulación y recepción semiótico-discursivas	90
Capítulo V. Conclusión	111
Referencias	117

Resumen

El objetivo que se persiguió en la presente investigación, fue conocer cómo es la experiencia del parto con parteras tradicionales a través de una arqueología del saber tradicional mexicano, analizando principalmente ocho cortometrajes documentales de distintas parteras en los estados de Oaxaca, Veracruz, Chiapas, Estado de México y Campeche. Se utilizó el modelo semiótico-discursivo transdisciplinario de la Dra. Haidar (2006), para analizar discursivamente los materiales y la postura teórico-metodológica desde la cual se abordó el tema de investigación, se fundamenta epistemológicamente en la Transdisciplina y en la Teoría de la Complejidad.

La existencia de parteras tradicionales en el país se remonta desde la prehistoria y como parte de la medicina tradicional mexicana, cuentan con bagaje del conocimiento milenario sobre plantas, animales y minerales medicinales, que, junto a sus prácticas de técnicas corporales, crean sistemas integrales en la atención de la salud reproductiva de la mujer.

Las prácticas semiótico-discursivas se agruparon en aquellas que se presentaban durante la gestación, el parto y el posparto. Uno de los descubrimientos más relevantes del análisis fue que la concepción del ser humano, de la mujer gestante y del bebé, incluyen las dimensión física, sociocultural, psicológica y espiritual que se evidencia dentro de su labor como partera, así como en su vida cotidiana ya que el ser partera, va más allá de un trabajo, forma parte de su identidad y es concebido como un don o un regalo divino. La labor de las parteras tradicionales mexicanas permite desmedicalizar el nacimiento creando relaciones horizontales y humanas.

Palabras clave: parto, parteras tradicionales mexicanas, pensamiento complejo, transdisciplina, análisis del discurso

Introducción

Aunque se sabe que la mayoría de los nacimientos en México se realizan en hospitales y son atendidos por personal médico, como lo demuestran las cifras de nacimientos registrados en 2019 donde de los 2 092 214, el 89.6% aconteció en algún hospital o clínica y el 88.9% estuvieron atendidos por médicos (INEGI, 2020), existen otras formas de atención al parto.

Debido a la pandemia del COVID-19 que vivimos en la actualidad, mujeres embarazadas tuvieron miedo de ir al hospital así que comenzaron a buscar opciones para dar a luz y dentro de éstas, se encuentra el parto en casa con parteras tradicionales (Jarman, 2020). El presente trabajo nace con la inquietud de conocer cómo es dicha experiencia: qué atenciones recibe la madre y el bebé durante el parto; de qué forma se pare, cuál es la concepción de la partera sobre el nacimiento y su papel durante el parto; cómo es la interacción que se genera entre la partera, la madre y el bebé que va a nacer; qué similitudes o diferencias existen entre esta forma de nacer y la atención del parto realizada por médicos en el hospital y cómo se justifica históricamente la excesiva medicalización del parto, entre otras cosas.

Se averiguará cómo es el parto en casa con parteras tradicionales a través de una arqueología del saber tradicional mexicano analizando principalmente ocho cortometrajes documentales de distintas parteras tradicionales de los estados de Oaxaca, Veracruz, Chiapas, Estado de México y Campeche que forman parte de un mapa interactivo de la Partería Tradicional Mexicana. Se utilizará el modelo semiótico-discursivo transdisciplinario de la Dra. Julieta Haidar (2006), para analizar discursivamente los materiales y la postura teórico-metodológica desde la cual se abordará el fenómeno, se fundamenta epistemológicamente en la Transdisciplina, así como en la Teoría de la Complejidad. Siguiendo la propuesta de la autora, además del análisis del discurso como campo transdisciplinario, abordaremos cuatro campos cognitivos: medicina, psicología, antropología e historia, desde los cuales se enriquecerá el análisis sobre la experiencia del parto con parteras tradicionales mexicanas.

Se eligió esta postura epistemológica, teórica y metodológica porque permitirá abordar el tema

de investigación contemplando diferentes dimensiones que lo constituyen, así como sus dinámicas pues el parto, además de ser un proceso fisiológico y natural, es un proceso que va constituyéndose de prácticas, acciones, pensamientos, emociones y sentimientos según el momento histórico, social, económico y político en el que se encuentra la sociedad y la mujer que lo vive.

Objetivo general: conocer las prácticas semiótico-discursivas en la experiencia de parto con las parteras tradicionales mexicanas a partir del mapa interactivo de partería tradicional mexicana.

Preguntas específicas de investigación:

¿Qué concepción de la vida humana, de la realidad involucran la atención del parto con parteras tradicionales?

¿Qué sentidos se encuentran inmersos en la interacción entre la partera, mamá y bebé durante el embarazo y el parto?

¿Cuál es la concepción de la partera sobre el nacimiento y su papel durante el parto?

¿Qué ideologías, relaciones de poder se encuentran en las dinámicas del nacimiento y bajo qué tensiones?

¿De qué elementos se conforma el sistema integral de la atención del parto por parteras tradicionales mexicanas?

¿Qué diferencias existen entre esta forma de nacer y la atención del parto realizada por médicos en el hospital?

¿Existen aportes de las prácticas semiótico-discursivas de la atención del parto con parteras tradicionales para tener una experiencia más humanizada, respetada, lejos de la violencia obstétrica?

Capítulo I. Postura teórica-metodológica

1.1. La Transdisciplinariedad y Teoría de la Complejidad

Se decidió enmarcar la presente investigación desde la Transdisciplina y la Teoría de la Complejidad, con la intención de generar un acercamiento donde además de lo biológico, la dimensión psicológica, social, histórica, así como el aspecto individual y colectivo sean tomados en cuenta para entretejer aquello que actualmente se denomina nacimiento.

Aunque el parto evolutivamente no ha tenido cambios anatómicos o fisiológicos tan notables, las condiciones ambientales, espacio-temporales, la condición de la sociedad en general y de las mujeres en particular, determinan a través de la historia ciertas formas de nacer que generan tensiones e influyen en la conformación de la existencia de los seres humanos.

El posicionarse epistemológicamente desde la transdisciplinariedad, ayuda a tomar en cuenta simultáneamente los elementos arriba descritos ya que surgió de la ruptura con el conocimiento contemporáneo cada vez más especializado, donde además de ser complicado tener una visión global del ser humano y de su mundo, resultaba insuficiente para responder al desafío actual de la autodestrucción material y espiritual de la especie (CIRET, 1994).

La Transdisciplina rechaza la reducción de lo humano a una sola estructura o definición, y aunque esto podría ser pensado como rechazo a las disciplinas, en realidad busca su apertura localizando puntos de encuentro que las atraviesan y superan. Muestra de esto es la consideración que se tiene por las religiones, los mitos y el rechazo de una cultura jerárquica o dominante a otras. Reconoce también la importancia de integrar la intuición, imaginación, sensibilidad y al cuerpo, como elementos fundamentales para la abstracción del conocimiento y para la educación (CIRET, 1994).

Uno de los autores más relevantes en esta área, es el físico cuántico Basarab Nicolescu, fundador del Centro Nacional de Investigaciones y Estudios Transdisciplinarios (CIRET), el cual define a la realidad como “aquello que resiste a nuestras experiencias, representaciones, descripciones, imágenes o formalizaciones matemáticas” (Nicolescu, 1996, p.17), donde

cualquier hecho o experimento puede poner en duda las teorías construidas e ideas sobre los fenómenos; es decir, es algo más que una construcción social.

Destaca la presencia de niveles de realidad que son varios sistemas cuya dinámica responde a ciertas leyes específicas, cuando dicha dinámica deja de responder a esas leyes o conceptos fundamentales, se hace presente otro nivel de realidad. Para ejemplificar, diferencia los fenómenos de la física clásica como las leyes de movimiento de Newton, de aquellos de la física cuántica como la relación entre las partículas subatómicas y la radiación electromagnética.

Para el autor, existen tres niveles de realidad fundamentales: el de la microfísica; el biológico junto con los fenómenos psíquicos; el de lo social y las experiencias tanto filosóficas como religiosas (Basarab, 2018, citado en Ochoa, 2020), y utiliza la concepción de lo sagrado para hablar de la zona de no-resistencia o aquello que es común a todos los niveles de realidad, incluidos nosotros y demás seres vivos. Lo entiende como:

Una experiencia, [traducida] por un sentimiento (....) de eso que une los seres y las cosas y, como consecuencia, induce en lo más recóndito del ser humano el respeto absoluto de las alteridades unidas por la vida común sobre una sola y misma Tierra. (Nicolescu, 1996, p103)

Uno de los tres pilares de la metodología de la investigación desde la transdisciplina es la Complejidad. Al respecto, se retomará el trabajo de Edgar Morín quien la define como:

un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados donde se presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple. (...) [Incluye] el desorden, lo inextricable, la ambigüedad o la incertidumbre... Es efectivamente, un tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. (Morin, 2008, p. 32)

Dicha complejidad cuenta con tres principios: el dialógico, el de recursividad y el hologramático. El principio dialógico es el que permite pensar los opuestos como una unidad que genera movimiento. Para ejemplificar esto, el autor pensó en el orden-desorden que generan

estructuras complejas. El principio de la recursividad hace referencia a la mutua influencia de los procesos donde se deja de pensar linealmente sobre la causa-efecto, se tiene en consideración que un efecto puede ser al mismo tiempo causa también. Como ejemplo, puede considerarse la sociedad que forma individuos, pero a la vez, los individuos también forman o influyen en la sociedad. El principio hologramático, es aquel que muestra cómo, además de que las partes están en el todo, éste también se encuentra en las partes tanto en los fenómenos biológicos como en los sociales (Morin, 2008).

Como muestra de los tres principios anteriores, se puede pensar en la partería tradicional mexicana y en las parteras tradicionales mexicanas. El saber de la partería tradicional que se encuentra desde épocas anteriores en la sociedad, por medio del aprendizaje entre familiares, “crea” a las parteras tradicionales y éstas a su vez, modifican o retroalimentan el saber de la partería tradicional mexicana. Las prácticas médicas que se piensan opuestas a las prácticas de las parteras tradicionales para atender el parto, muchas veces son aprendidas por grupos de parteras y éstas a su vez, deciden hacer uso o no de esos aprendizajes. Existen parteras tradicionales que tratan la infertilidad de la mano con exámenes clínicos como el perfil hormonal, ultrasonidos y en casos extremos, inyectan cuerpo amarillo a las mujeres (A. Calderón, comunicación personal, 8 de marzo de 2021).

Una de las propuestas dentro de esta teoría desarrollada por el mismo autor es la de sujeto complejo, ya que rompe con la visión dicotómica dominante de la naturaleza humana y las disputas que se han tenido entre natura-nurtura.

Para Morin (1999), la condición humana es producida por la condición cósmica la cual recuerda que todo lo viviente deviene del universo, de una misma unidad u origen; la condición física, remite al proceso de conformación de expresiones diversas de vida gracias a la aparición de biomoléculas como el carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno, debido a procesos de autoorganización de la materia inicial o cósmica; y la condición terrestre, donde se encuentra el complejo bio-físico creado por la condición anterior con el surgimiento de la biósfera, que produjo

los ecosistemas y especies. Al entender la condición humana desde esta postura, el autor concibe una continuidad entre el universo, la existencia de los humanos, la de otros seres vivos y la del hábitat de ambos; también señala que los humanos tienen una situación contradictoria entre lo central y periférico pues, aunque formen parte del cosmos, se encuentran excluidos porque hasta ahora, su vida depende de las condiciones existentes en La Tierra.

Cabe mencionar que la autoorganización de las condiciones descritas arriba, no se dan de forma ordenada o perfecta como anteriormente se creyó en el desarrollo de la ciencia clásica -visión cartesiana-, donde se concebía al mundo determinista describiéndolo a partir de leyes causales, existen científicos afirmando que el mundo es más complejo e inestable. Por ejemplo, para Prigogine en la organización del mundo “(...) las perturbaciones juegan un papel muy importante (...) y una de las cuestiones clave es explicar cómo surge esa complejidad” (Prigogine, 2009, p.38).

Ante el cambio de paradigma anteriormente mencionado Morin (2006), considera que el mundo surge:

de un gran juego entre orden-desorden-interacciones-organización (...) Nace por encuentros aleatorios y obedece a cierto número de principios que provocan la unión de los elementos de los encuentros en un todo (...) [el mundo] se efectúa según un bucle en el que cada término está en complementariedad y antagonismo con los otros. (p.29)

Un bucle recursivo es una “noción esencial para concebir los procesos de autoorganización y de autoproducción. Constituye un circuito donde los efectos retroactúan sobre las causas, donde los productos son en sí mismos productores de lo que se produce (...) Supera la noción causa-efecto” (Morín, 2006, p. 331). Sus interacciones son de forma dialógica; es decir, se desarrollan entre el vaivén de dos entidades complementarias donde existen espacios para tensiones o antagonismos, necesarios para la constitución de los fenómenos complejos.

A manera de ejemplo, se señala a la partería tradicional mexicana y a la medicina obstétrica donde existen momentos complementarios como lo menciona el médico Roberto

Campos, al mostrar el libro que uno de los primeros obstetras mexicanos le dedica a Dolores Román, partera tradicional reconocida en la Sierra de Huachinango, Puebla agradeciéndole por haber compartido sus conocimientos (Puic Unam, 2020). Por otro lado, entre ambos han existido momentos antagónicos como cuando el Estado mexicano en 1883, impulsó la formación de parteras profesionales creando una cátedra que formaba parte de la carrera de Medicina para contrarrestar los riesgos médicos que surgían por la atención con parteras tradicionales (Faget y Capaso, 2016).

Para mostrar lo que es un bucle recursivo y sus interacciones dialógicas, explicaremos tanto su funcionamiento como constitución en el sujeto complejo (Morin, 1999):

1. Bucle cerebro-mente-cultura: el ser humano tiene al mismo tiempo una dimensión biológica y cultural. Debido a la relación cerebro-cultura surgió la mente, nuestra capacidad de pensamiento y conciencia que también influye en el desarrollo del cerebro y la cultura. Cada uno necesita a los otros.

2. Bucle razón-afecto-impulso: existe una complejidad humana donde la animalidad está en la humanidad y la humanidad está en la animalidad. No existe una más importante de las demás. Dependiendo de las situaciones, el impulso puede influir en los afectos-razón, así como el afecto en la razón-impulso o la razón en el afecto-impulso. Mantienen una relación de complementariedad, pero a la vez son antagónicas generando tensiones entre cada una de ellas ante diversos acontecimientos.

3. Bucle individuo-sociedad-especie: los individuos surgen de la especie, sus interacciones construyen la sociedad y su autoorganización, pero al mismo tiempo, la sociedad va generando normas, estructuras que moldean también a los individuos. Tanto los individuos como la sociedad influyen en la especie.

Es preciso señalar que estos tres bucles están siempre en movimiento, relacionándose e implicándose unos a otros, este tipo de explicaciones dan muestra que tanto lo biológico como lo cultural están enlazados. En torno a su funcionamiento, coexiste esta relación y al mismo

tiempo las tensiones se mantienen por los elementos antagónicos como: razón-emoción, individuo-sociedad, etc.

El trabajo y las investigaciones del obstetra Michel Odent ayudan a comprender la interacción de los bucles en torno al nacimiento, ya que desde los años ochenta, ha subrayado la importancia de entender la fisiología del parto para que las mujeres logren parir. Debido a que el sistema límbico del cerebro es la encargada de desencadenar el coctel hormonal necesario para parir -como la oxitocina, prostaglandinas, endorfinas-, resulta fundamental que la mujer se encuentre en un espacio donde se sienta segura, tranquila y relajada para que el nacimiento se logre dar de la mejor manera para ella y su bebé, evitando eventos que estimulen el sistema nervioso simpático y desencadenen una respuesta de estrés con adrenalina y cortisol que inhiban el trabajo de parto (Duval, González y Rabia, 2010). Las condiciones hospitalarias, obstaculizan el trabajo de parto por la disposición de sus espacios físicos, por falta de privacidad y por el trato que el personal tiene con las mujeres al realizar preguntas durante el trabajo de parto, pujos direccionados, toques y monitoramientos innecesarios que producen cortisol (De Carvalho, 2002).

De esta forma, el autor logra rescatar dentro del fenómeno del nacimiento la dimensión biológica e instintiva por ser un proceso involuntario (bucle cerebro-mente-cultura), donde el aspecto cultural reflejado espacialmente en la construcción de los hospitales, así como en el trato con la mujer gestante, genera emociones de desconfianza e inseguridad que interfieren con el nacimiento (bucle razón-afecto-impulso) y todo esto, la manera en que se nace, es un aspecto social que repercute en la mujer que lo vive y su bebé (bucle individuo-sociedad-especie).

Ante la complejidad humana que hasta aquí se ha expuesto, Morin habla sobre la unidad múltiple -unitas multiplex- donde coexiste tanto una unidad como diversidad humana. La unidad humana puede verse con el principio organizador del parentesco en las sociedades y la diversidad, cuando compartimos la mayoría de nuestros genes como especie, pero cada uno de nosotros es único. En relación a la presente investigación, se toma como unidad a la partería

tradicional mexicana y como diversidad, a los tipos de parterías tradicionales mexicanas existentes donde varían las prácticas, costumbres y tratamientos del nacer según los territorios que ocupan, los procesos de hibridación cultural y la práctica de la obstetricia (Jaulin, 2021).

La noción de sujeto complejo de Morin revolucionó la generación de conocimiento. Tomando en cuenta las dinámicas anteriores, menciona que sus elementos conforman una continuidad de contradicciones como el aspecto racional-delirante, trabajador-lúdico, empírico-imaginador, económico-derrochador, prosaico-poético.

Partiendo de esta propuesta de sujeto complejo y siguiendo la misma línea de la Transdisciplina, la Dra. Julieta Haidar (2006), especialista en análisis del discurso, desarrolla la categoría de sujeto semiótico-discursivo, con la cual analiza a los productores de discursos y los sentidos inmersos en estos. Para la autora, dicho sujeto es un constructo dinámico formado por múltiples dimensiones como lo biológico, social, psicológico, cultural, histórico, ideológico y político; muestra un diálogo constante a nivel colectivo/individual, así como tensiones existentes entre sus elementos antagonistas; presenta una comprensión de la unidad en lo diverso y lo diverso en la unidad gracias a la interacción de los bucles recursivos, así como su organización en una unidad compleja donde el todo está en la parte y la parte en el todo -unitas complex-; y es tanto productor como reproductor de sentido.

Es desde esta perspectiva que se aborda a cada una de las parteras tradicionales que protagonizan los cortometrajes pertenecientes al Mapa interactivo de la partería tradicional mexicana, material de análisis de la investigación.

Dicha plataforma digital fue creada por el Colectivo Interdisciplinario de Cine Etnográfico *Tlazocamati producciones*, lanzado en mayo del 2020 con el objetivo de explorar la situación actual en la que se encuentra la partería tradicional en nuestro país por medio de la etnografía visual, así como recuperar y difundir desde la voz de las parteras, sus historias, saberes y crisis (Tlazocamati producciones, 2020).

Las parteras tradicionales mexicanas representadas en los micro relatos de vida, son de

naturaleza compleja pues se encuentran principios que propone la teoría dentro de la cultura-filosofía prehispánica, origen de la medicina indígena y de la partería tradicional mexicana, la cual se refleja en sus formas de concebir el nacimiento, en la construcción del vínculo con la madre-bebé, el respeto por la naturaleza y todo lo vivo, el conocimiento de herbolaria, la concepción que tienen del cuerpo y sus componentes, entre otras cosas. Estos elementos también son parte de su identidad, así que se encuentran presentes en su cotidianidad como en el uso de fogón, las limpias, los rezos, los huipiles, celebraciones y altares dentro de sus casas.

Por ejemplo, uno de los principios fundamentales en la filosofía náhuatl es la dualidad. Así como el Omeyocan es el origen del universo, Ometéotl es quien sostiene la Tierra y todo lo que habita en ella. Ambos dioses o energías son femeninos y masculinos a la vez. De la misma dualidad está formado el cuerpo humano, el lado izquierdo es el lado femenino y el derecho, masculino (León-Portilla, 2006). Dicho principio, se puede ver observado con las parteras tradicionales ya que estas, además de concebir la naturaleza corporal masculina y femenina, conciben también al equilibrio de temperatura como salud pues el exceso de calor o frío, generan enfermedades. La tensión entre los elementos antagonistas se observa siempre presente pues se busca estar en el punto medio para la conservación de salud, existe un diálogo a nivel tanto colectivo como individual pues esta noción se encuentra reflejada en ciertas acciones para remediar u obtener dicho equilibrio, cuidar de su parte femenina-masculina, del frío-calor, que no sólo dependen de lo que la partera aprendió de la sociedad, sino también de su sentido común y unicidad. Todos estos elementos se encuentran de formas muy diversas dependiendo de la individualidad de cada una de las parteras y de sus dimensiones, que reproducen y producen diferentes sentidos. La unidad múltiple se encuentra en la forma de concebir la organización de la realidad, el principio de dualidad fluye como cascada del origen del cosmos, al planeta, a las dinámicas sociales y ambientales, al cuerpo e incluso, llega al inframundo.

Otra de las categorías que son fundamentales para este trabajo son las prácticas semiótico-discursivas, cuyo origen son las principales teorías, modelos, escuelas y disciplinas

que existen en el campo del análisis del discurso. En ésta, confluyen la definición de discurso y de texto -desde la semiótica de la cultura-. Haidar (2006), las define como:

1. Conjunto transoracional en donde funcionan reglas sintácticas, semánticas y pragmáticas.
2. Conjunto transoracional con reglas de cohesión y coherencia.
3. Implican condiciones de producción, circulación y recepción.
4. Contienen varias materialidades y funcionamientos.
5. Son un dispositivo de la memoria de la cultura.
6. Son generador/as de sentidos.
7. Son heterogéneo/as y políglota.
8. Son un soporte productor y reproductor de lo simbólico.
9. Materializan los cambios socio-cultural-histórico-políticos.
10. Son una práctica socio-histórico-cultural-política ritualizada y regulada por las instituciones de todo tipo y por lo no-institucional.
11. Son una práctica subjetiva polifónica. Lo polifónico está integrado orgánicamente en las subjetividades ineludibles en cualquier discurso o semiosis.

En otras palabras, las prácticas semiótico-discursivas, al igual que cualquier formulación verbal, se encuentran estructuradas por las normas de la lingüística para ser entendidas por los receptores que pueden continuar su distribución según las circunstancias del entorno o contexto. Se concretizan dentro de la realidad por medio de acciones, objetos, frases, relaciones, sentimientos que desarrollan una red de impactos y acomodaciones dentro de la sociedad. Dichos ensamblajes junto con sus concretizaciones, generan una continuidad -o no-, dentro de la sociedad transmitiendo una red de sentidos, símbolos y rituales regulados también por las instituciones hegemónicas y no hegemónicas.

Una de las prácticas semiótico-discursivas que se encuentra con las parteras tradicionales mexicanas, es el uso del temazcal cuyo baño de vapor, generado por verter agua en piedras volcánicas incandescentes junto con hierbas, busca mantener la salud y solucionar

enfermedades diversas. La cura se encuentra en las propiedades de las plantas medicinales que se ocupen, en el proceso de desintoxicación a través del sudor y de los rituales que buscan llegar a la sanación espiritual y energética como los cantos o rezos que se hacen dentro. El simbolismo que tiene el temazcal es el renacer, pues se le considera un útero, su forma es circular, cuenta con espacio reducido -las personas se encuentran sentadas o acostadas-, es oscuro y caliente (Arizpe, 2009, citado en De la Torre y Gutiérrez, 2016).

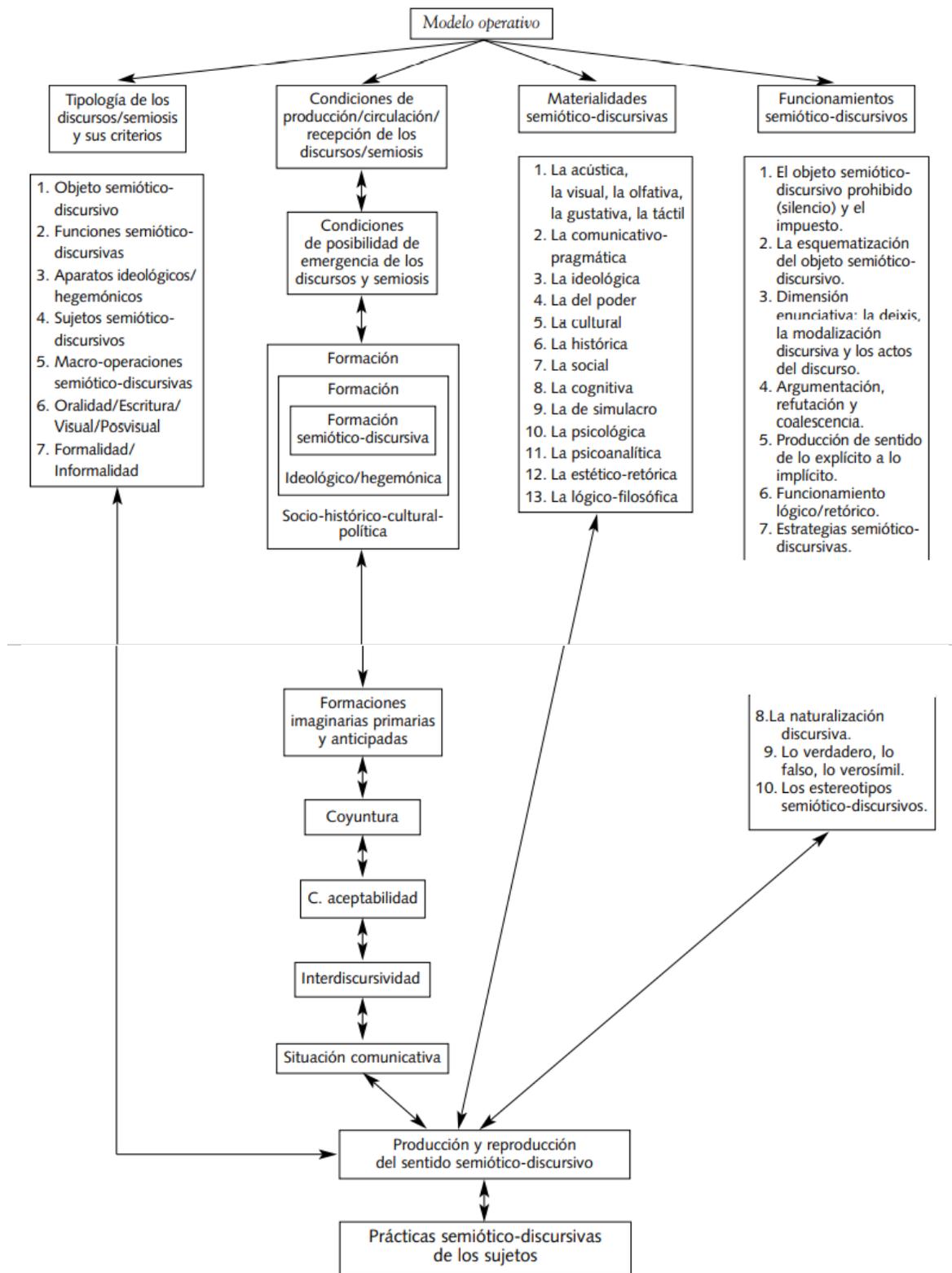
Su origen es prehispánico y es un dispositivo de la memoria pues está presente hasta nuestros días, reproduciendo los sentidos de la cultura mesoamericana y al mismo tiempo, produciendo y olvidando otros. Las múltiples formas de llevar a cabo el temazcal dependiendo del territorio, cultura indígena u otras, muestran los procesos históricos-sociales-políticos que ha habido -son contenedores de la memoria-; son regulados por instituciones tanto hegemónicas como el Estado y no hegemónicas como grupos de médicos y parteras tradicionales.

Las nociones de sujeto semiótico-discursivo, así como de sus prácticas semiótico-discursivas, son fundamentales para conseguir comprender el Modelo Semiótico-discursivo Transdisciplinario, método de análisis elegido en esta investigación y que se presenta a continuación.

1.2. Modelo semiótico-discursivo transdisciplinario

Para poder analizar las diversas prácticas semiótico-discursivas, la autora creó el Modelo semiótico-discursivo transdisciplinario (figura 1), donde desarrolla diferentes ejes teóricos-metodológicos. Teniendo en consideración el objetivo de esta investigación, se decidieron abordar los criterios tipológicos de los discursos-semiosis, las materialidades y funcionamientos semiótico-discursivos, los sujetos y las prácticas semiótico-discursivas y las condiciones de producción (CP), condiciones de circulación (CC) y condiciones de recepción (CR) semiótico-discursivas.

Figura 1. Modelo semiótico-discursivo transdisciplinario



Haidar (2006, p. 66-67)

El modelo de la autora puede aplicarse en el análisis de textos y semiosis no verbales para conocer la producción y reproducción de los sentidos, esta investigación se centra en analizar discursivamente las prácticas semiótico-discursivas del Mapa Interactivo de la Partería Tradicional Mexicana, utilizando principalmente ocho cortometrajes documentales además de podcast y cuñas radiales que lo integran.

Es interés de la pesquisa conocer la estructura, organización y dinámica de las prácticas semiótico-discursivas en la experiencia del parto con las parteras tradicionales mexicanas. A continuación, se explicará de forma breve y general, la manera en cómo se aplicará al tema los ejes teórico-metodológicos del modelo de la autora.

1.2.1 Criterios tipológicos de los discursos-semiosis

Objeto semiótico discursivo

Hace referencia al tema central, es la experiencia del parto con las parteras tradicionales mexicanas acompañado de temas satelitales o temas secundarios que influyen en el objeto semiótico discursivo principal y conciernen a las preguntas de investigación de este trabajo.

En este apartado, se eligió a la psicología de la vida cotidiana para analizar las dinámicas del día a día de las parteras. Dentro de este subcampo cognitivo, se considera conveniente trabajar con la propuesta de Agnes Heller (1977), ya que para la autora la vida cotidiana es relevante pues con todo y la alienación existente del individuo en la sociedad, puede existir un grado de no alienación. Su teoría de la vida cotidiana, resalta la importancia tanto del individuo como de su vida para la reproducción de la sociedad misma.

Su teoría está compuesta de dos estructuras, la de la personalidad y la de las objetivaciones. Dentro de la personalidad, su punto central es resaltar que la esencia humana no es el centro de las influencias sociales, más bien la personalidad resulta o deviene de las relaciones e interacciones que un individuo tiene en su vida dentro del mundo social y cultural.

Por objetivaciones la autora quiere decir, aquél entorno o medio en el que el individuo se encuentra y éste es formado por diversas esferas, la primera de ellas recibe el nombre de

objetivación que es en sí, la cual se compone por el lenguaje, hábitos y uso de objetos. Si el individuo no aprehende esta dimensión, no existiría vida cotidiana, desarrollo de cultura o sociedad y es por medio de este nivel que el mismo personaje accede a otras esferas de objetivaciones como por ejemplo la ciencia, filosofía, arte, entre otras.

En realidad, se puede notar que la postura de Agnes Heller aunque resalte la importancia del individuo y su vida, la propuesta que realiza con su teoría va encaminada al punto de encuentro entre el aspecto más particular del ser humano, su individualidad, y la sociedad, representada en la cultura que a su vez se encuentra encarnada en la arquitectura o espacios físicos del entorno y objetos, así como en las relaciones e interacciones entre las personas y dichos espacios, con la naturaleza y consigo mismo.

Se considera relevante tomar estos aportes dentro del trabajo, ya que se concibe a la vida cotidiana como ese espacio intermedio a través del que se influyen mutuamente el individuo y lo social; es por medio de ésta que la relación dialógica y recursiva de la que habla la Teoría de la Complejidad se genera, reproduce y mantiene. Retomando la definición de Agnes Heller (1977) sobre la vida cotidiana “es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social” (p.19).

Funciones semiótico-discursivas

Según Reboul (1986), responden a la pregunta ¿Para qué se habla? Jakobson propuso seis tipos: referencial, expresiva, incitativa, poética, fática y metalingüística. Haidar (2006), menciona que están presentes prácticamente todos los tipos aunque existan algunas predominantes, siempre se debe tomar en cuenta lo explícito e implícito del discurso-semiosis.

La función referencial es utilizada para dar a conocer algo y su característica principal es que se puede preguntar si el mensaje es verdadero o falso. La función expresiva, como su nombre indica, se encarga de enunciar o mostrar emociones, estados o sentires y coloca su foco en el emisor. Una de sus características son los signos de enunciación o expresión como “En mi caso”, “yo pienso”, “Opino que”, y la pregunta que puede responder es ¿sincero o mentiroso?

Cuando se tiene por objetivo provocar una acción, se utiliza la función incitativa y por tanto, se centra en el receptor. La función poética responde a la pregunta por lo bello o feo e importa de la misma forma o más el significante que el significado, es más relevante la manera en que se dicen las cosas y no se puede traducir ya que la connotación se modificaría. La función fáctica hace referencia a los momentos en que se habla sin intención de comunicar, se usa sólo para continuar, detener o iniciar una conversación, el autor menciona como ejemplo la cortesía. Por último, la función metalingüística se puede percibir en nuestro día a día por medio de las definiciones o cuando no entendemos lo que otra persona habla, puede responder a la pregunta ¿Qué quiere decir usted? (Reboul, 1986).

Aparatos ideológicos/hegemónicos

De acuerdo con Haidar (2006), los aparatos ideológicos hegemónicos “establecen entre sí relaciones de contradicción, por las cuales la producción semiótico-discursiva queda muy impactada por las tensiones.” (p.118). Los aparatos ideológicos en la realidad no existen como tales, más bien las instituciones son su expresión concreta. En otras palabras, los aparatos ideológicos hegemónicos pueden verse a través de las estructuras que las instituciones hegemónicas tienen, así como las prácticas y discursos que se encuentran presentes dentro de éstas. Cabe mencionar que estos aparatos hegemónicos incluyen dentro de sus producciones discursivas a aquellos aparatos ideológicos no hegemónicos.

Sujetos semiótico-discursivos

De las posiciones que la autora propone para analizar a los sujetos semiótico-discursivos, se enfatizará el polo de la producción polifónica del discurso: sujeto productor y enunciadador. Como se abordó con mayor detenimiento en el apartado anterior, interesa señalar que se considera al sujeto desde una visión compleja donde sus diferentes dimensiones están en constante relación y lo conforman una continuidad de contradicciones.

Para comprender los sentidos de las prácticas semiótico-discursivas que giran en torno al parto, se considera importante contemplar la voz de las mismas parteras tradicionales

mexicanas en su complejidad pues la partería, es sólo un área de su vida cotidiana.

Macro-operaciones semiótico-discursivas.

Julietta Haidar (2006), considera que dentro de estas macro-operaciones se encuentra la argumentación, demostración, narración, y la descripción. Menciona que son universales y en el caso de la demostración, además de la científica occidental o axiomática, se incluye aquella de orden empírico que corresponde a las culturas de África, América, entre otras. La autora, realizó un cuadro contrastativo que se muestra a continuación:

Tabla 1. Macro-operaciones discursivas

<i>Demostración</i>	<i>Argumentación</i>	<i>Narración</i>	<i>Descripción</i>
1. Criterio de verdad [juicios racionales].	1. Criterio de verosimilitud [premisas ideológico-culturales compartidas].	1. Criterio de verosimilitud [efectos narrativos verosímiles].	1. Criterio de verosimilitud [Efectos descriptivos verosímiles].
2. Operaciones: inferencias lógicas.	2. Operaciones: procedimientos cuasilógicos.	2. Operaciones: funciones narrativas.	2. Operaciones: Funciones descriptivas.
3. Estatuto de las CP/CR.	3. Estatuto de las CP/CR.	3. Estatuto de las CP/CR.	3. Estatuto de las CP/CR.
4. Sujeto epistémico: las teorías.	4. Sujeto argumentador.	4. Sujeto narrador.	4. Sujeto descriptor.
5. Objetivo: demostración de axiomas.	5. Objetivos: persuasión/ convencimiento/ refutación.	5. Objetivos: variables por el tipo de discurso.	5. Objetivos: variables por el tipo de discurso.
6. Discurso típico: científico.	6. Discurso típico: político/jurídico.	6. Discurso típico: histórico/mítico/ literario.	6. Discurso típico: los instructivos de los aparatos. Las indicaciones de los medicamentos, etcétera.

Haidar (2006, p.300)

Oralidad/ Escritura/ Visual/ Posvisual

En este apartado, la autora se refiere al tipo o tipos de discursos que pueden existir para

poder diferenciarlos entre sí; es decir, poder distinguir los discursos escritos de los orales o visuales. Este criterio fue hecho con la intención de contar con un elemento más para facilitar la clasificación de los tipos y subtipos de discursos existentes (Haidar, 2006).

Formalidad/ Informalidad

Este es otro elemento que la autora considera relevante para lograr diferenciar el tipo de discurso al cual se hace referencia.

1.2.2 Las materialidades y funcionamientos semiótico-discursivos

Para la autora, las materialidades y los funcionamientos son de mucha importancia ya que las primeras, son consideradas los andamiajes sobre los cuales se generan las prácticas semiótico-discursivas y los funcionamientos, muestran o diseñan las interacciones entre éstas que, retomando a Foucault, sería una forma de lo que éste llama *arqueología del saber* (Haidar, 2006).

1.2.3 los sujetos y las prácticas semiótico-discursivas

Las practicas semiótico-discursivas junto con el movimiento de sus sentidos, no pueden acontecer sin la existencia de los sujetos. Un aporte importante de la presente postura teórico-metodológica es la categoría de sujeto complejo desarrollada por Morin (1999), la cual Haidar (2006), retoma en la creación del sujeto semiótico-discursivo que se utilizará para comprender de forma más integradora cómo es el ser humano y en el caso de investigación, cómo son las parteras tradicionales mexicanas que hablan sobre el parto, qué dimensiones y contradicciones se encuentran en sus prácticas semiótico-discursivas (ambas categorías fueron expuestas en la primera parte de este capítulo).

1.2.4 Condiciones de producción, de circulación y de recepción semiótico-discursivas.

De las propuestas para analizarlas, el trabajo se centrará en las condiciones de posibilidad de emergencia de los discursos y de las distintas semiosis abordando la propuesta de Foucault y sus procedimientos de exclusión, control interno y aquellos inmersos en las condiciones de utilización (Haidar, 2006). También, se analizará la relación existente entre

discurso/semiosis y coyuntura tomando como base la propuesta de la historiadora y socióloga Regine Robin (1973).

1.3 Campos cognitivos

Además de la posturas teórico-metodológicas expuestas hasta aquí, se utilizan cinco subcampos cognitivos que ayudan a abordar de forma más amplia el fenómeno de investigación, el parto con las parteras tradicionales mexicanas.

En el campo de la medicina, dentro del subcampo de la pediatría y de la gineco-obstetricia, se encuentran los aportes de la pediatra Bermúdez de Castro (2017), donde muestra los movimientos que hacen los bebés para conseguir atravesar el canal vaginal. También, se encuentran los del médico Conde (2011), quien estudia el papel de la obstetricia en el mundo, así como diferentes investigaciones históricas que otros médicos realizaron.

En el subcampo de la antropología física se cuenta con Sherwood Washburn, autor del Dilema Obstétrico y a Dunsworth (2015), con su propuesta de la Energía de la gestación y el crecimiento fetal.

Desde del campo de la psicología se hace uso del subcampo de la vida cotidiana con Agnes Heller (1977), y de la psicología de la liberación con su definición de poder (Martín-Baró, Blanco y De la Corte, 2003).

Dentro el campo de la filosofía se retoma el subcampo de filosofía de la ciencia con Paul Feyerabend (1985), con su crítica principal a la ciencia y a Thomas Kuhn (1971), con los cambios de paradigmas, así como a Silvia Federici (2010), con los estudios de género.

Por último, se resalta que la investigación incluye a la decolonial ya que, a lo largo de los capítulos, se genera un recorrido tomando como base ciertos acontecimientos históricos que muestran las diversas maneras en las que se fue tejiendo el entramado de relaciones donde una visión de mundo y lo que ella engloba, dominó y sigue dominando hasta ahora.

Siguiendo a Mignolo (2007), la decolonialidad resultó de un movimiento que cuestionó más a profundidad la modernidad y su naturaleza colonial, los intereses que en realidad persigue,

los impactos que generó y continúa generando, enmascarada con la búsqueda de progreso y salvación de la humanidad, olvidando la pobreza, desigualdad y lógica opresiva que la constituyen. En otras palabras, cuestiona su ideología y las consecuencias por ejemplo del capitalismo en todas las fases históricas.

De acuerdo con el autor, dicho movimiento surgió en América Latina, posteriormente se desarrolló en África y en Asia respectivamente, hasta un tercer momento de intercambio marcado por el inicio de su genealogía particular, que se concretiza en el giro epistemológico decolonial, cuyo objetivo “es la apertura y la libertad del pensamiento y de formas de vida-otras (economías-otras, teorías políticas-otras); la limpieza de la colonialidad del ser y del saber” (Mignolo, 2007, p.29).

El mayor logro desde que la decolonialidad comenzó, fue visibilizar lo que el autor se refiere como pluriversalidad decolonial que, al criticar a partir de dónde se piensa, del lugar que se ocupa, posibilita la apreciación y valorización de conocimientos diferentes a las lógicas y contenidos europeos, colonizadores. Así, aunque el giro decolonial surgió relativamente hace poco tiempo, el pensamiento y teorías decoloniales comenzaron con las filosofías indígenas y afro-caribeñas.

La epistemología decolonial fundó sus raíces en las producciones donde existiesen, aún después de la invasión de Europa o Estados Unidos y su imposición de mundo, resquicios de otras subjetividades por medio de las que se lograra la comprensión de sí mismo, del mundo y de los otros, diferente a la ideología invasora. Dichos cimientos los encontraron con Waman Poma, descendiente del imperio Inca evangelizado, el cual escribió *Nueva crónica y buen gobierno*, donde la filosofía andina se reconstruye al dialogar con el cristianismo, así como con Ottobah Cugoano, esclavo inglés que se convirtió en escritor con la obra *Thoughts and Sentiments on the Evil and Wicked Traffic of the Slavery and Commerce of the Human Species: Humbly Submitted to the Inhabitants of Great-Britain*, en la cual critica al gobierno imperial de Inglaterra, Francia, Portugal y hace notar la desechabilidad de la vida humana, de los

afrodescendientes planteando que “los seres humanos son iguales y libres frente a otros seres humanos, no frente al Estado” (Mignolo, 2007, p.44).

Para fines de este trabajo, la decolonialidad es concebida como un proceso que “configura posibilidades diferentes de vivir, existir, saber y ser [así como], actitudes y estilos alternativos que permitan develar, visibilizar y configurar lugares de vivir desde los bordes, la exterioridad, la frontera” (Walash, 2009 en Ortíz, 2018, p.41).

Se puede considerar a la decolonialidad como algo inacabado que va transformándose a partir de la creación de diálogos entre las demás culturas del mundo que fueron dejadas de lado en la formación de la civilización moderna, así como de los movimientos sociales que surgen alrededor del mundo y de sus reflexiones sobre el actual proyecto civilizatorio. En el caso mexicano, algunos de los movimientos y luchas tanto campesinas como indígenas por la defensa de sus territorios, de su cultura y autonomía, han llevado a la reflexión y desarrollo de conceptos que retoman nociones de la cultura indígena como es el caso de comunalidad, concepto que surgió de la mano de intelectuales indígenas oaxaqueños como Floriberto Díaz, Jaime Martínez, Adelfo Montes y Joel Aquino, que subraya un proceso civilizatorio cuyo foco es la vida colectiva así como la unidad de los seres humanos y la naturaleza. Jaime Martínez (2011), define a la comunalidad como un:

Concepto-vivencial aproximativo del modo de vida de los pueblos originarios, desde el cual se erige como una alternativa epistémica, ética y política a la crisis civilizatoria, que motiva la siembra de un nuevo proceso civilizatorio y alienta la movilización constante para la liberación del conocimiento. (p.700 en Sánchez-Antonio, 2021)

De esta manera, la posición desde donde se concibe a la partería tradicional mexicana, representada por las parteras tradicionales mexicanas, posibilita la movilización de diálogos, reflexiones, proposiciones tanto teóricas como prácticas para diseñar perspectivas y caminos otros donde se integran las dimensiones físicas, emocionales, sociales, espirituales y energéticas otras dentro de la experiencia del nacimiento.

Además, la medicina tradicional era todo un sistema de conocimiento que en el Posclásico, se consideraba una “especialidad femenina o cihuatequitl que comprendía todo un complejo de conceptos teóricos, anatómicos, botánicos y terapéuticos, contruidos colectivamente a partir de la relación entre mujeres” (I. Ravelo, comunicación personal, 30 de noviembre, 2020). En el devenir histórico de las sociedades las dominaciones de poder-saber-conocer, fueron quitando espacio a su libre producción y reproducción, en su lugar se fijó y estableció la visión de la medicina occidental como única forma legítima de nacer.

Capítulo II. Historia del parto y del nacimiento

En este capítulo se explora en diferentes momentos históricos de la humanidad, tomando como hilo conductor la figura de la partera y su labor, cómo se atendía el parto: en qué lugares, con qué herramientas, remedios, rituales y organizaciones sociales. Este recorrido inicia en la Prehistoria donde se resalta la dimensión biológica de los homínidos que, de acuerdo a la información recolectada en las investigaciones (Washburn, 1960 citado en Wells, De Silva y Stock, 2012; Dunsworth y Eccleston, 2015; Bermúdez de Castro y Bermúdez de Castro, 2017), parten del supuesto de que el parto es doloroso y riesgoso. Se proseguirá narrando cómo, a partir de las relaciones de dominio, el papel de la mujer en la sociedad cambió y con esto mudó también el rol de la partera y las formas de atención del parto.

Hasta antes de la Edad Media las mujeres contaban tanto con el conocimiento como con la decisión sobre su cuerpo, su salud y la de su familia. Dicho conocimiento, decisión y autoridad, pasó a manos de los hombres expertos con la instauración de la medicina, la religión y el capitalismo, trastocando la base de la sociedad generando nuevos órdenes, creencias, prácticas y emociones hasta lo que se conoce hoy en día (Federici, 2010).

El dolor es uno de los temas centrales que los antropólogos han investigado en torno al nacimiento, y por medio de los restos fósiles de las homínidas intentan responder ¿Por qué el parto es doloroso? ¿En nuestras ancestras lo fue? Es decir, a partir de los vestigios encontrados,

investigan para entender la manera en que se vivía el nacimiento en la Prehistoria y generan comparaciones con situaciones actuales.

Dentro de las explicaciones dadas, se encuentra el Dilema Obstétrico, llamado así en 1960 por el antropólogo estadounidense Washburn (citado en Wells y Stock, 2012), el cual hace referencia al cambio que en comparación con otras primates, sufrió la pelvis de las homínidas cuando se volvieron bípedas y al aumento de tamaño del cráneo del feto por el desarrollo cerebral que se tuvo como especie. Esta explicación ha sido aceptada por varios científicos y a manera de ejemplo, podemos citar al paleontólogo Arsuga (2012), con su libro *El primer viaje de nuestra vida*. En éste, menciona que el parto de las mujeres homínidas empezó a realizarse con dificultad al adquirir una postura erguida pues la pelvis se estrechó y el canal de parto dejó de ser recto.

Así como muchos investigadores concordaron con Sherwood y en la actualidad sigue siendo la explicación más aceptada al respecto, existen otros intentos de respuesta que analizan diferentes aspectos como el de las antropólogas Dunsworth y Eccleston (2015), que mencionan la existencia de otra hipótesis llamada Energía de la gestación y crecimiento fetal. Ésta, señala que el metabolismo de la madre indica el límite de desarrollo fetal que su cuerpo puede soportar y cuando eso ocurre, se desencadena la reacción hormonal entre feto-madre para iniciar el proceso de parto.

Dicho metabolismo, consideran se vio afectado por los cambios que trajo consigo la agricultura y sedentarismo en la historia evolutiva -momentos de desnutrición, sobrealimentación, teniendo como consecuencia dificultades y alteraciones en el desarrollo de la mujer, así como del feto y durante el proceso de parto (Wells et. al, 2012 citado en Dunsworth y Eccleston, 2015).

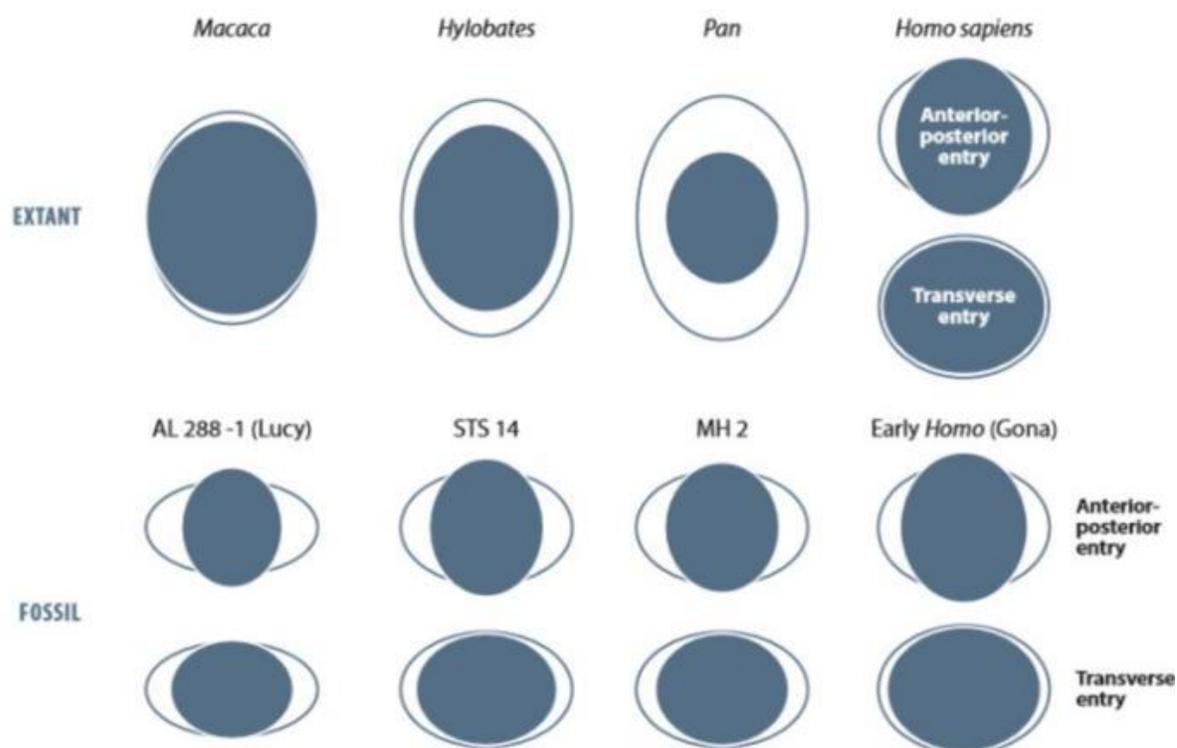
Además del dolor, el riesgo en el parto es otro de los aspectos centrales que también se investiga durante este momento histórico y al respecto, en el libro *Pequeños pasos, creciendo desde la prehistoria*, el antropólogo Bermúdez de Castro y la pediatra Bermúdez de Castro (2017), comentan que debido a las diferencias anatómicas sufridas y explicadas anteriormente, los fetos para nacer tienen que hacer varios movimientos. El primero de ellos es colocar su

cabeza de perfil para poder iniciar el movimiento a través del canal de parto y el segundo movimiento, una vez que llegue al estrecho inferior, tiene que girar todo su cuerpo para poder salir, uno de los eventos más comunes en esta parte del proceso es la dislocación de hombros. Es decir, pueden quebrarse una o ambas clavículas al atorarse y la forma más común en que los bebés nacen es con el rostro mirando la espalda de la mujer.

Para evitar el riesgo durante el parto se practica la episiotomía, un corte en el periné de la mujer para que el feto tenga mayor espacio al nacer. Los autores conciben que es una pequeña intervención quirúrgica que puede evitar muchas complicaciones para el bebé e incluso, se refieren como “madres más afortunadas” a aquellas que tienen un canal de parto más ancho las cuales no son comunes (p.25).

A diferencia de las humanas, las chimpancés en la mayoría de los casos paren solas, alejadas de su grupo y su cría nace con la cara hacia ella para que pueda limpiarla con facilidad. Los escritores, consideran que esto es posible porque tanto su pelvis como el canal de parto es más recto y grande que la cabeza de la cría.

Figura 2. Tamaños de pelvis y cabezas fetales



En la parte superior de la imagen, se compara la estrechez existente entre la cabeza del feto y la entrada pélvica de una Macaca, Gibón (*Hylobates*), Chimpancé (*Pan*) y *Homo sapiens*. En la parte inferior se realiza comparación entre restos fósiles homínidos: *Australopithecus* (AL288-1, STS 14 y MH2) y *Homo Erectus* Gona (Dunsworth y Eccleston 2015, p. 58)

En torno a la figura de la partera, no se encuentra información en esta época histórica y en realidad, no se encuentra establecida una fecha o lugar exactos en el que haya surgido, pero el registro más antiguo de su labor se encuentra en la Biblia dentro del libro Génesis con el parto de Raquel (Génesis, 35, 16-18) y en el Éxodo, escrito entre el 1410 o 1450 a.C. En este pasaje, hacen referencia a las hebreas Sifrá y Púa quienes se negaron a seguir la instrucción del faraón egipcio de matar a cualquier niño que naciera pues su poder corría peligro “Cuando asistan a las hebreas y ellas se pongan de cuclillas sobre las dos piedras, fíjense bien: si es niño, háganlo morir” (Biblia Latinoamericana, Éxodo 1:15-19).

A partir de este primer registro, el rol de la partera y las formas del parto irán cambiando

conforme el papel de la mujer también lo hace de acuerdo al momento histórico, político, cultural y social que se presente.

En el antiguo Egipto la labor de la partera era importante y reconocido por la sociedad. Debido a su organización social, las mujeres tuvieron mucha libertad para explorar lo relacionado tanto a la salud como a la enfermedad de su cuerpo incluidos aspectos de su sexualidad, embarazos, partos y cuyas pruebas muestran diferentes papiros descubiertos como el de Ebers de 1550 a.C., Kahoun de 1990 a.C. y Westcar de 1700 a. C. (Conde, 2011).

La posición más común en que parían las mujeres egipcias era sentada en sillas con diseño que facilitaba el proceso y en cámaras de parto, Lugones y Ramírez (2012), señalan que también utilizaban el patio o techo de su casa donde permanecían durante las dos semanas posteriores al parto en una techumbre improvisada. Para lidiar con el dolor, bebían cerveza y acostumbraban morder la placenta, enterrarla en su vivienda o verterla en el río Nilo como un acto simbólico.

En Grecia el conocimiento de las parteras de Egipto, generó eco y fungió como uno de los pilares de la medicina griega sobre cuestiones tanto del embarazo como del parto. En esa época las comadronas seguían manteniendo un estatus social muy importante y existía una diferencia entre ellas pues, quien contaba con mayor conocimiento sobre remedios, alimentación o cirugía, eran las que asistían los partos difíciles. Aquellas que contaban con menos experiencia práctica y conocimiento, atendían los partos sin riesgo. También tenían conocimiento de anticoncepción e inducían abortos. Además, el haber tenido hijos y haber pasado la edad reproductiva, eran algunas de las exigencias que las parteras tenían que cumplir para desarrollar su oficio (Conde, 2011).

Así como los griegos retomaron el conocimiento obstétrico de la cultura egipcia, los romanos lo hicieron con Grecia. En Roma, el senado aprobaba a las parteras y eran las mismas que asistían los nacimientos de hijos de los emperadores. La concepción del embarazo y todo lo relacionado al cuerpo femenino, era natural pero estaba alejado de la esfera pública y aunque

existían médicos hombres, las mujeres seguían teniendo relevancia social en los procesos reproductivos de las mismas.

En Egipto, Grecia y Roma durante esta época, el papel de la mujer para tratar situaciones ginecológicas era protagónico y muy relevante. Aunque existía ya el desarrollo de la medicina por parte de los médicos hombres, su quehacer durante el embarazo y el parto se limitaba a actividades muy específicas como lo muestra el médico Sedano (2014) en Roma durante el 130 y 150 d.C. “cuando las parteras solicitaban ayuda, la acción de los médicos sólo se concretaba a mutilar los fetos dentro del vientre materno y a extraerlos, utilizando pinzas, ganchos y cuchillos” (p.869).

Siguiendo a De la Sierra (2011), además de tener conocimientos sobre su quehacer, las parteras debían ser sensibles a las señales que tanto las mujeres como sus hijos recién nacidos realizaban y actuar en consecuencia; debían ser discretas, ya que las mujeres podían contarles secretos -como los hijos no deseados-; tener una fuerza y energía física por todo lo que forma parte del parto. También mencionaba que la mejor partera era aquella que a pesar de estar en momentos de riesgo, nunca perdía la calma y podía tranquilizar a sus pacientes teniendo empatía por lo que ésta vivía en el momento del parto.

La profesora de estudios hebreos Caballero (2014), comenta que a principios de la Edad Media, aunque el dar a luz era un evento cotidiano para las mujeres, la sociedad en general sabía que podía convertirse en peligro de muerte para la mujer y a través de los textos de esa época, se abordan los riesgos del manejo de dolores durante el parto y posparto así como aquellos partos difíciles. Para evitar esto, durante todo el acompañamiento que realizaba la partera o la mujer sanadora, realizaba baños, masajes u otras prácticas para preparar a la mujer al parto.

Un aspecto importante a rescatar de su artículo, es que las comadronas contaban con herramientas quirúrgicas para facilitar su labor. Como ejemplo, menciona el shepoperet (escrito en hebreo), instrumento para limpiar las vías respiratorias de los recién nacidos. La posición más común para parir era sentada en una silla especial en compañía de una partera que arrodillada

a la altura del piso frente a ella, tendía trapos para recibir a su hijo. También identificó en diferentes textos que la partera debía:

ser instruida en libros (...) debe comportarse bien y temer a Dios, ser respetable, sabia, inteligente, limpia, honesta, paciente, prudente, compasiva y experta, y tener una amplia experiencia (...) dedos y / o manos delgadas, con las cuales acceder y manipular mejor los genitales durante el nacimiento” (p. 399).

Conforme pasaron los años, en toda Europa el papel de los hombres en la medicina en general y en la obstetricia en particular, tomó más auge, dejando de lado la participación de parteras por considerar su práctica carente de conocimiento y por el dominio de saber y poder que trajo consigo el desarrollo de Universidades o Escuelas de Medicina como única manera aceptable de tratar cualquier situación de salud-enfermedad tanto de hombres como de mujeres.

Comenzaron a surgir una diversidad de escritos realizados por hombres sobre temas relacionados a la salud de las mujeres y como muestra, podemos mencionar el tratado de Éfeso cuyo foco eran las parteras.

De acuerdo con la doctora Gutiérrez (2015), la práctica médica, desde el siglo VI empezó a realizarse también por los sacerdotes que comenzaron a custodiar y guardar celosamente documentos importantes sobre el tema y además en sus monasterios comenzaron a procurar, atender y cuidar de los enfermos. Conforme pasó el tiempo, comenzaron a especializarse, a generar más sanatorios para los obispos, los necesitados y también para los ricos donde comenzaron a lucrar con dichas prácticas. Por esta razón, la Iglesia prohibió que monjes practicasen medicina en la Alta Edad Media.

Por otro lado, a inicios del siglo X en Salerno Italia se conglomeró un grupo de médicos que fueron el antecedente de la primera escuela laica de medicina en Europa y fue en 1240 con el emperador del Imperio Romano Germánico, Fernando II, que se establecieron los lineamientos para adquirir la licencia médica con cinco años de estudios en la Escuela de Medicina, más un año de prácticas acompañado de un médico autorizado.

Aunque se quería excluir a las mujeres del desarrollo y práctica de la medicina, existen evidencias en los textos médicos donde reconocen el conocimiento y práctica de la partera manipulando al bebé para facilitar su nacimiento. A propósito de esto, Caballero (2016), señala que en ciertos escritos los médicos utilizan como sinónimos “meyaledet -partera- e ishah hakamah -mujer sabia-“ (p.51).

Menciona que en el libro *Memoria de las enfermedades que ocurren en los órganos de la generación*, escrito a principios del siglo XIII o finales del XII, por autor desconocido, se encuentra una sección destinada a las causas de las complicaciones del parto y las indicaciones que los médicos deben de darle a la partera para solucionarlos. Es decir, eran las parteras quienes mantenían contacto con la mujer durante el parto, quienes hacían las maniobras, pero eran los médicos hombres quienes contaban con el conocimiento.

Seguían atendiendo partos pues era común nacer en casa en compañía de más mujeres como sus vecinas o familiares. En palabras de la autora “la casa donde se daba a luz podía ser un -espacio privado- muy ruidoso y lleno de gente, del que generalmente estaban excluidos los hombres, pero al que se permitía la entrada a mujeres de otra religión”. Al final de la cita se refiere a las comadronas judías que asistían partos de mujeres cristianas y viceversa, comadronas cristianas que asistían partos de mujeres judías, aunque estaba prohibido por rabinos (Caballero, 2016, p.51).

Cabe mencionar que la insuficiencia de médicos licenciados para atender a todas las personas que necesitaban atención, también fue un factor importante para que el rol de las mujeres en cuestiones de salud en general y de obstetricia en particular, continuara manteniéndose presente. Fue a partir del siglo XIV, que empezaron a prohibir que las parteras acompañaran el nacimiento de los bebés u otras mujeres sanadoras cuidaran de la salud de otras mujeres, de hombres e hicieran remedios (Gutiérrez, 2015).

Para comprender de mejor forma cómo las relaciones de dominio se fueron instaurando sobre las mujeres y el impacto que éstas tuvieron en la figura de la partera y la atención del parto,

se hablará sobre el surgimiento del capitalismo pues en su desarrollo se encuentran los cimientos de las situaciones que se viven actualmente en torno al parto. Para esto, se tomará como base el libro *Calibán y la bruja* de la filósofa Federici (2010), donde menciona que uno de los mecanismos a través del cual la Iglesia y el Estado pudieron ejercer su dominio sobre las mujeres fue convirtiendo la sexualidad en algo atroz y al cuerpo de la mujer en aquello que incitaba al pecado.

Durante el Mercantilismo que abarcó del siglo XVI al XVIII, se creyó que la prosperidad económica de una nación se lograba entre otras cosas, con el aumento de la población para tener mejor producción, contar con un ejército mayor y lograr así, la expansión del territorio. Siguiendo a Escartín¹ (s.f.), en la obra *Restauración Política de España* del sacerdote español Sancho Moncada, se puede identificar un posicionamiento poblacionista porque menciona que las crisis económicas de las naciones eran producto de la falta de personas que pudieran producir, trabajar e incluso defender su reino.

Por esta razón y con el propósito de contar con más personas en el continente europeo, el Estado comenzó a través de la caza de brujas, una represión de las actividades sexuales que no tuvieran como fin procrear hijos y se persiguió a las mujeres castigando con la muerte toda práctica anticonceptiva que durante la Edad Media realizaban. Así, “sus úteros se transformaron en territorios políticos (...) la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista” (Federici, 2010, p.139).

Uno de los elementos más importantes para lograr la instauración de un nuevo sistema económico que atraviesa a la sociedad entera, fue romper con todo lo que estructuraba y daba sentido anteriormente. Por ejemplo, para ejercer tal dominio sobre las mujeres, el Estado eliminó su dignidad humana y lo que a ésta sostenía despojándola de los roles sociales que

¹ La información se obtuvo del escrito “El mercantilismo: primeras manifestaciones” que forma parte de un compilado sobre Historia del Pensamiento Económico en el sitio web del Dr. Eduardo Escartín González <https://personal.us.es/escartin/>

antiguamente ocupaba como el de curandera, partera del pueblo, entre otras. Además de curar, ocupaban un papel importante en la sociedad ya que con sus prácticas, generaban espacios que iban construyendo lazos de solidaridad entre las mujeres y la sociedad que en ese entonces, ponían en riesgo la instauración del capitalismo. En la mayoría de los países de Europa, las parteras eran perseguidas y asesinadas en la hoguera. En Alemania, eran usadas como espías para identificar aquellos casos de hijos fuera del matrimonio, examinar a mujeres que estuvieran lactando si se encontraba a bebés abandonados.

Siguiendo a la autora italiana, otro mecanismo que preservó el control de la sociedad y la consecución de su dominio fue el surgimiento de la medicina como nicho de poder desde donde los médicos hombres decidían sobre lo que el cuerpo de la mujer sentía y cómo debía de ser tratado por ejemplo, durante el parto. Lo anterior, rompió y anuló todo el conocimiento que se tenía sobre los remedios naturales, las hierbas, los espacios y cuidados que se debían tener para lograr la salud del cuerpo y del alma. Comenta que el rechazo de la partería que hasta en la actualidad existe, más allá de la incompetencia de la que se habla, se originó por la ayuda que les brindaban a las mujeres para no embarazarse, para curar su cuerpo.

Además de terminar con ese conocimiento, también rompieron con las cadenas de solidaridad y espacios que fomentaban otros tipos de relacionamientos. De esta manera, con el paso del tiempo la familia se convirtió en el núcleo central para la reproducción de la sociedad, el espacio de la mujer pasó a limitarse sólo al interior de la casa mudando con esto procesos como la reproducción o maternidad (Federici, 2010).

La Inquisición junto con las ideas expuestas anteriormente sobre las mujeres, también llegaron a las colonias americanas y así como en Europa, para dar entrada e implantar la nueva forma de economía -capitalismo-, tuvieron que romper con esos tejidos comunitarios dividiendo a los grupos y comunidades.

Después de la masacre e invasión que vivió el continente americano, Federici (2010), explica que la degradación de las mujeres indígenas y esclavas se mantuvo quebrando también

su reconocimiento social y quitándoles las prácticas que antiguamente ejercían. Como ejemplo de lo anterior, la mujer indígena fue obligada a estar con su esposo todo el día, así como dejar en manos de otro hombre todas las decisiones que tuvieran relación con sus hijas e hijos.

El quiebre de los tejidos comunitarios no fue total como menciona la filósofa italiana, durante el siglo XVIII en México, ante la dificultad que encontraron para eliminar las creencias de *magia popular*, optaron por dejar de ver dichas creencias y prácticas como peligro para su dominio considerándolas excéntricas e inofensivas. Esta acción permitió entre mujeres el intercambio de saberes que realizaban antes de la invasión y de esta forma, se puede encontrar en la actualidad conocimiento sobre la partería tradicional, siembra, remedios para curar alguna enfermedad o malestar corporal.

A inicios de 1800 con la abolición de la venta de esclavos, en regiones como Barbados y en otras plantaciones, los hacendados tenían como prioridad la reproducción de las mujeres esclavas y por esta razón, incrementaron más los ataques sexuales recibidos. Al mismo tiempo, se disminuyó la carga de trabajo que tenían, construyeron espacios para poder parir y las parteras o comadronas también se hicieron presentes.

De esta forma, con la percepción inofensiva de ciertas prácticas hasta las modificaciones que realizaban los hacendados para la reproducción de las mujeres, poco a poco comenzaron a recuperarse aquellos roles que tenían como la preparación de alimentos, la utilización de remedios para curar y vender lo que podían cocinar con lo que sembraban. En otras palabras, se abrió un resquicio de resistencia donde pudieron retomar espacios, fortaleza y recuperar autonomía (Federici, 2010).

Con todo lo anterior, podemos darnos cuenta que la época de caza de brujas fue un hecho que cambió y marcó la vida de las mujeres de aquella época, al menos 100 000 mujeres en Europa fueron asesinadas y no se tienen datos de cuántas más fueron torturadas (Barstow, s.f. citado en Federici, 2010).

A partir de este momento histórico, se impuso un nuevo modelo de feminidad donde

paradójicamente, al finalizar el siglo XVIII, ahora las mujeres se convirtieron en esposas, destinadas a los cuidados del hogar, de los hijos y personas puras, sin deseo sexual y por tanto, un ejemplo para sus esposos.

Por otro lado, resulta interesante reflexionar sobre la idea que menciona Federici (2010), de pensar la reproducción no sólo como un fenómeno o proceso natural sino verlo también como “una actividad social históricamente determinada, cargada de intereses y relaciones de poder diversas” (p.140).

Al respecto, en este recorrido se identifica que se parte de la idea de que el embarazo y el parto, además de ser procesos naturales son también momentos que van constituyéndose de prácticas, acciones, pensamientos, emociones y sentimientos según el momento histórico, social, económico y político en el que se encuentra la sociedad.

En un inicio, las mujeres tenían el conocimiento para cuidar de la salud de las personas en general y tratar lo relacionado a su sexualidad en particular. Para asistir los partos contaban con herramientas, sabían de plantas para aliviar el dolor o acelerar el nacimiento y construyeron también artefactos de apoyo como la silla con hueco en el asiento para facilitar su labor. Los nacimientos eran realizados en los hogares o en casas de partos en compañía de otras mujeres de su familia y en algunos momentos, de familiares hombres generando tanto relaciones como tejidos de solidaridad y apoyo dentro de las comunidades sin importar el género.

Con la denigración y muerte social que la instauración del Capitalismo trajo, el rol de curandera y partera, fue eliminado para darle reconocimiento y exclusividad a la Medicina junto con sus médicos para tratar cualquier asunto tocante al cuerpo, su salud y enfermedad.

Lo anterior fue posible por la emergencia de diferentes mecanismos, como dice Danner (2010):

A partir del XVII surgieron técnicas de poder centradas en el cuerpo de los individuos, causaron resultados profundos y duraderos en el ámbito macropolítico [...] Las disciplinas trabajan directamente el cuerpo de los individuos [...] descomponiendo, desarticulando y

recomponiendo sus partes. (p. 8)

De acuerdo al autor, la disciplina y la Biopolítica son los mecanismos de poder ejercidos en los cuerpos tanto individual como social donde la Medicina como disciplina y el hospital-universidad-Estado como institución, establece lo que es normal-anormal o legítimo-ilegítimo utilizándolo como base para normalizar los cuerpos atravesando lo individual, social y comunitario. Esto se ve reforzado por el control de la población instaurando la natalidad, el matrimonio, trabajo -entre otras cosas-, siempre en sintonía con las necesidades del sistema económico actual.

Como ejemplo, se pueden retomar las investigaciones que se encuentran sobre el parto durante la prehistoria porque ponen énfasis en la generación de más evidencia sobre el dolor y riesgo durante esta experiencia que es la concepción actual, la normalidad del parto. E incluso fomentan desde la disciplina médica, la práctica de la episiotomía como prevención de cualquier futuro riesgo, dejando de lado tanto los efectos adversos como las incomodidades que genera y la decisión de la mujer sobre dicha práctica tomando como base, la evidencia científica.

En el nacimiento de este nuevo orden de cosas, apoyados en la normalización de la sociedad con dichos mecanismos, en la actualidad se inclina por atender el embarazo y el parto en específico, como una enfermedad y una situación riesgosa. Por tanto, el lugar adecuado para atenderlo es en el hospital con un médico especialista. Se dio un salto de concebir a la mujer conocedora de su cuerpo, de sus procesos, dotada de lo necesario para parir en casa, acompañada de otra mujer o de su familia, a una mujer que tiene desconocimiento de su cuerpo y que, sin el auxilio u órdenes de los médicos, es imposible que dé a luz. Se fue instaurando como única forma de atención al nacimiento la cesárea o parto natural dentro de los hospitales, siguiendo determinados protocolos.

El rol de la partera fue olvidado e incluso actualmente, es en momentos estigmatizado por el dominio que tiene la medicina sobre nuestra salud en general y tanto el embarazo como el parto en particular. En este recorrido se pudo apreciar cómo la partera, además de asistir el parto,

era un apoyo para la mujer desde su gestación y cuidaba no sólo del aspecto físico sino también de lo espiritual y emocional. Por ser una persona cercana a la mujer, generaban lazos o redes de solidaridad y comunidad de las cuales se veía beneficiada la sociedad. Actualmente es lo contrario, para llevar un proceso de embarazo “saludable”, necesitas acudir con diversos especialistas como el ginecólogo, nutriólogo y contar con una doula o más -una doula diferente durante la gestación, el parto y postparto- para que logren acompañar en todo el proceso.

En el siguiente capítulo se abordará por medio de qué instituciones se sigue legitimando las formas de atención del parto en la actualidad, se identificará también, qué personas son las autorizadas para llevar a cabo dicha labor, quiénes son prohibidas y cuáles son los intereses y tensiones que tienen dichas formas.

Capítulo III. Medicalización del nacimiento

Para comenzar este capítulo, se abordará el tema de la indeterminación de la ciencia, la forma en que se influyen mutuamente la ciencia y la sociedad; es decir, cómo el contexto social-político-económico incide en lo que se investiga, la forma en que se hace y la relevancia que se les da a los descubrimientos.

Abordaremos también el proceso de cientifización de la sociedad, así como su proceso de medicalización donde específicamente interesa saber actualmente cómo se medicaliza lo relacionado al nacimiento en general y al parto en particular. Para lograrlo, se expondrá el panorama internacional sobre las configuraciones legítimas de nacimiento: por medio de qué instituciones se decide qué personas se consideran calificadas para intervenir, aquellos lugares o espacios donde se nace y las prácticas que se establecen como normas generales.

Por otro lado, teniendo como eje la descolonialidad, se identificarán aquellas dinámicas e interacciones coloniales insertas actualmente en la atención del parto que protegen los organismos internacionales, así como sus países miembros y desde este lugar, se abrirá espacio para colocar de manera no jerárquica tanto ontológica y epistemológicamente a la medicina

tradicional, en específico a la partería tradicional que por medio de las parteras tradicionales mexicanas, muestran un sistema mundo-otro que generan vivencias de nacimiento y parto-otras, alejándose de la violencia obstétrica.

En el libro *Las Revoluciones Científicas*, Kuhn (1971), resalta la relevancia que tiene el trabajo de los historiadores de la ciencia pues con sus investigaciones, se dan cuenta de su falsa inamovilidad ya que, a ojos de gran parte de la sociedad – incluyendo algunos científicos-, parece ser que el mundo se encuentra determinado. La tesis principal de la crítica a la ciencia que tiene Paul Feyerabend (1985), es la privación del libre pensamiento, al sostener que ella tiene el método correcto para encontrar la verdad de las cosas y con base en estos hechos, deducir teorías. Las mismas, devienen de otras más abarcativas y a la vez, éstas son pensadas por científicos que tienen además de subjetividad, una inclinación por esa *escuela* de teorías que, como menciona el autor “ordenan y moldean los hechos (...) presuponiendo para la mente lo que desean explicar para el mundo (p. 299).

El filósofo austriaco, considera a la ciencia en la época actual una ideología que en un primer momento, tuvo el papel liberador de la humanidad al mostrar que el mundo y el ser humano eran de otra manera y no como la religión mostraba. Con el devenir del tiempo, alrededor de la ciencia se fue construyendo un discurso donde se le ve como buscadora de la verdad, de los hechos del mundo, de la relación de los seres humanos con el mundo y cuyo impacto en la sociedad es neutral.

Al respecto, el autor menciona que la ciencia en la educación dejó de incentivar la mirada crítica de las y los alumnos para enfocarse en enseñar hechos científicos, leyes generales o universales, dogmatizando a sus estudiantes.

Para ejemplificar, el plan mexicano de estudios en educación básica en el año 2000, enseñaba que el Sistema Solar se conforma por nueve planetas y Plutón, era el límite de éste cuando desde 1990 se habían descubierto dentro del Cinturón de Kuiper varios cuerpos y desde 1950, se conocía la existencia de la Nube de Oort, encontrada a un año luz del Sol, con

sospechas de contener miles de cuerpos, siendo considerada por los científicos desde ese entonces como el actual límite del Sistema Solar (Martín, 2016).

Con lo anterior, se quiere resaltar que el sistema educativo del país junto con las y los docentes que lo conforman, aprendían lo que en su momento de formación existía como verdadero dentro de la ciencia, que no era puesta en duda y de esa manera lo transmitían de generación en generación y esto a su vez, genera un impacto en la conformación de la subjetividad de los estudiantes en todas las áreas del conocimiento. Es un proceso demasiado profundo de socialización y naturalización por el que las personas atraviesan para concebir al mundo y su actuar dentro del mismo de una manera acabada totalmente.

Es así que con el paso del tiempo, tanto sociedad como individuos, van olvidando que la ciencia es una “constelación de hechos, teorías y métodos” (Kuhn, 1971, p.24) y su desarrollo, acontece de manera paulatina al integrar cada componente que constituye el saber científico y su técnica por medio de la labor de las y los científicos.

Dicho desarrollo se da en lo que el autor llama revoluciones científicas, las cuales se refieren a “episodios destructores de-la-tradición que complementan a la actividad ligada-a-la-tradición de la ciencia normal” (Kuhn, 1971, p.31), las cuales tuvieron origen al oponerse a una teoría aceptada por la mayoría de la comunidad científica y de esta oposición, surgieron otras teorías no compatibles con ella.

Lo anterior, implica repensar las teorías y sus hechos previos, también tiene una influencia grande en la conformación y comportamiento de la sociedad pues dichas revoluciones científicas, generan nuevas técnicas, nuevas formas, así como nuevas subjetividades de donde surgen nuevas preguntas para re-comprender lo que es la realidad, el mundo y con esto, el ser humano, los grupos y sus interacciones que se encuentran constantemente rehaciéndose.

Además de que la ciencia se encuentra en constante movimiento, cabe resaltar que también tiene influencia y al mismo tiempo se ve influenciada por los intereses del contexto social-político-económico en el que se desarrolla.

La neutralidad con la que las personas veían a la ciencia, sufrió un gran golpe según la socióloga Díaz (2003), a partir de las bombas de Hiroshima y Nagasaki en 1945 al evidenciarse que mucha investigación realizada, se generaba específicamente para contar con avances que permitieran tener mayor eficacia durante la Guerra. En palabras del filósofo Javier Echeverría:

Es sabido que la emergencia de los primeros ordenadores digitales electrónicos tuvo lugar en plena Segunda Guerra Mundial, y que el primer prototipo (el ENIAC) fue utilizado prioritariamente para el cálculo de trayectorias de proyectiles y para el proyecto Manhattan, que condujo a la fabricación de la bomba atómica. Una vez terminada la guerra, Von Neumann presentó a la Navy estadounidense, un macroproyecto de investigación en el que se proponía construir toda una serie de máquinas que podrían ser usadas en muy diversos campos de aplicación, científicos, militares y civiles. (Javier Echeverría en Díaz, 2003, p. 452)

Otro ejemplo que tiene relación con la ciencia médica y su respaldo a los intereses económicos, se encuentra con la nutrióloga y socióloga De Azevedo (2020), la cual menciona que en la década de los 60's fue el boom del monocultivo y dentro de éste, la soya ganó terreno. Debido a que la población no estaba acostumbrada a ella, el consumo era muy bajo así que se decidió utilizarla como alimento para ganado. Esta soya, además de traer enfermedades e inflamación de mamas a las vacas, generó un exceso en la producción de leche y con esto, la industria se vio en la necesidad de resolver el problema para que no tuvieran pérdida en sus ganancias. La forma de resolver su dificultad fue la deshidratación de la leche, obteniendo así la leche en polvo.

Para lograr incentivar el consumo y por tanto las ventas de la leche en polvo, crearon la fórmula materna y se generaron estudios científicos que fueron financiados por la industria agroalimentaria, que evaluaban de forma positiva la sustitución de la leche materna por la leche en polvo maternizada -fórmula infantil- y, los pediatras comenzaron a recomendar su uso (Azevedo, 2020).

Concatenadamente, con la utilización de la fórmula materna, surgieron varias dificultades como enfermedades en los recién nacidos por carencia de inmunoglobulinas -anticuerpos en la sangre que las obtenían de la leche materna-, diarrea y deshidratación por diluirla con agua de mala calidad en familias pobres. También hubo un mayor número de episodios infecciosos por tener sus grupos linfocitarios inmaduros y menos cantidad de células Natural Killers (Sevilla, Zalles y Santa Cruz, 2011).

Como ya se habló anteriormente, el papel que tiene la ciencia en la sociedad es de detentora de la verdad, por tanto, los científicos y profesionales que trabajan con ciencia son importantes. Se apreció con el ejemplo anterior la necesidad de investigaciones, así como de médicos pediatras para ganar credibilidad de la sociedad en la sustitución de la leche materna por fórmula, ya que los médicos tienen una legitimación social.

Dicha legitimación se da porque de la mano del discurso de verdad que tiene la medicina, se encuentra el poder que irremediablemente acompaña a todos los discursos y cuyo efecto en la sociedad, puede ser de forma tanto mediata como inmediata. El sistema social, surge del balance o equilibrio de fuerzas en las disputas de los intereses de diversos grupos donde quien tiene más poder, impone ese orden de cosas a los otros y conforme pasa el tiempo, las personas de esos otros grupos van aceptando dichas reglas y lo más importante, van apropiándose de éstas, en su vida cotidiana, volviéndolas ya en principios de existencia o valores de su mundo (Martín-Baró, Blanco y De la Corte, 2003).

Aunque los efectos adversos de la fórmula materna para el desarrollo del bebé han estado presentes, la industria agroalimentaria financió investigaciones donde la ciencia médica comprobara lo contrario y así mostrar que dicha fórmula era mejor que la leche materna.

Actualmente en la sociedad, no se dice que la fórmula es mejor que la lactancia, pero sí, se continúa manteniendo su uso. De acuerdo con la Liga Internacional de la Leche o LLLI, por sus siglas en inglés (2021), en el mundo sólo el 41% de los bebés menores a seis meses son amamantados exclusivamente con leche materna.

De esta forma, se muestra que la medicina, dentro de este orden de cosas, tiene un lugar especial para el desarrollo de la sociedad-cultura actualmente y de la salud, así como lo tuvo anteriormente en la historia y se abordó en el capítulo anterior.

No se tiene intención alguna de menospreciar a la ciencia en general y la medicina en particular, se reconocen los beneficios que para la humanidad ha traído, desde evitar muertes, erradicar enfermedades, entre otras cosas. Lo que se quiere resaltar es que ésta, también debe estar sujeta a crítica y como todo lo que incumbe al ser humano, tiene defectos, es incompleta.

Los hechos, los resultados no están separados de las preferencias que las y los científicos tienen por determinadas teorías. El desarrollo de la ciencia y tecnociencia, ha venido caminando de la mano con el desarrollo también de la sociedad y responde a diversos intereses de la minoría, del capitalismo y poder.

Para entender de mejor forma el proceso descrito arriba dentro del campo de la medicina, se explicará lo que es la medicalización de la sociedad que de acuerdo con Gaudenzi y Ortega (2012), el concepto medicalización se originó dentro de la Sociología de la salud al final de los 60's y hace referencia al proceso por el que aspectos diversos de la vida humana, se volvieron únicamente objeto de incumbencia médica. Es decir, con el paso del tiempo, aspectos de la vida cotidiana fueron descritos por los médicos-la medicina como enfermedades, designando para cada uno de ellos tratamientos, manteniendo su jerarquía, poder y control.

Pero ¿Cómo se fue institucionalizando la medicina? Ivan Illich (1975), comenta que después de la Revolución Francesa, en torno a la enfermedad comenzó a dejarse de lado a quienes la padecían tomando como justificación el progreso. Esto abrió paso a que se convirtiera en un asunto político todo lo tocante a la salud de las personas, teniendo a la medicina y en consecuencia a los médicos como representantes. Para que el Estado les brindara fondos públicos, se comenzó a definir y estandarizar aquello que era concebido como enfermedad, lo que se concebía como salud y junto con esto los tratamientos.

La forma en que se estandarizó el sistema de salud fue tomando como centro las

enfermedades, volviéndolas objetivas pues se podían conocer por medio de síntomas, exámenes, mediciones, entre otras cosas y se conseguían eliminar con medicamento o alguna operación; es decir, se enfocaron sólo en la parte mecánica del cuerpo olvidando la percepción de la misma por parte del médico así como del paciente, “el empleo de las mediciones físicas preparó para creer en la existencia real de enfermedades y en su autonomía de la percepción del médico y paciente [así como] el empleo de la estadística” (Illich, 1975, p144).

Comenzaron catalogando aquellas enfermedades anatómicas con base en la detección de anomalías realizando comparaciones entre pacientes, prosiguieron con aquellas funcionales y también, al centrar su foco en la detección de todas las enfermedades posibles, la concepción de salud se construyó como “ausencia de síntomas clínicos” (Illich, 1975, p. 146), generando también una estandarización de lo normal, de aquello que consideraban como bienestar:

La clínica u hospital es un lugar donde la gente llega para averiguar si debe considerarse enferma o no. Todos los ciudadanos se han hecho pacientes cuya presión arterial se vigila constantemente y se regula hasta quedar dentro de los límites normales. (Illich, 1975, p.148).

A todo esto, se le agrega el desarrollo de un lenguaje que sólo los médicos utilizan, un lenguaje especializado que genera una brecha o distanciamiento aún mayor entre el médico y las personas que atiende, manteniendo su jerarquía, poder y control.

Lo anterior trajo consigo que aspectos como la vejez, el duelo, la tristeza, la menopausia precisaran de la autoridad médica para tratarse, generando una dependencia a dicho conocimiento médico y a esos tratamientos generados.

Dentro del orden de cosas explicitado hasta el momento en el presente capítulo, la atención del parto también pasó por un proceso de medicalización el cual tuvo sus cimientos con la caza de brujas y de acuerdo con Vallana (2020), ésta se institucionalizó con el surgimiento de la Obstetricia durante el siglo XVIII. A partir de este momento, se fueron generando reglamentaciones para atender el parto dentro de los hospitales.

La pérdida de autonomía de la mujer, también se instauró en las interacciones dentro de los hospitales y aumentó con la profesionalización de la enfermería donde prácticamente se reprodujo el rol femenino de cuidadora y su trabajo dependió de las órdenes médicas. Aunado a esto, por dicha profesionalización, también comenzaron las capacitaciones que la institución médica daba a las parteras o comadronas pues, desde hacía cientos de años tanto los cirujanos como personas de la iglesia, denunciaban muertes tanto de madres como de sus hijos por falta de habilidades por parte de las mismas (Argüello-Avendaño y Mateo-González, 2014).

La autora menciona que la patologización de la atención del parto, fue un punto muy importante para su medicalización y un concepto fundamental para dicho propósito fue el riesgo, clasificándolo como embarazo de bajo, mediano y alto riesgo que como sociedad se naturalizó y se sigue usando actualmente, volviéndolo no natural, una enfermedad que, en algún momento, va a convertirse en peligro. Fue de esta manera que se hizo necesaria y fundamental la intervención médica en los hospitales. En este proceso, mucho ayudó la instrumentalización, es decir, el contar con la tecnología y artefactos para intervenir en el nacimiento, todo esto se volvió sinónimo de seguridad. El embarazo y el parto se fueron volviendo “inducidos, acelerados, intervenidos, instrumentalizados y protocolizados” (Vallana, 2020, p.98).

Este tipo de atención al parto fue apoyado de manera más fuerte debido a los intereses económicos y políticos que existen detrás del cumplimiento de los Objetivos del Milenio donde la reducción de la mortalidad materna e infantil, son indicadores del desarrollo que los países miembros consiguen.

El organismo internacional regulador de los Objetivos del Milenio y de los Objetivos de Desarrollo Sustentable es la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene como base los Derechos Humanos y genera tanto estrategias como planes de acción con los 194 países involucrados para velar por la salud en el mundo (OMS, internet). Por tanto, es la máxima institución mundial que rige y decide qué reglas colocar para la atención del parto; es decir, impone ese orden de cosas como aquello *normal*.

Una de las consecuencias de la medicalización del parto ha sido el maltrato que las mujeres reciben durante el nacimiento de sus hijos. En América Latina se le conoce con el término de violencia obstétrica que, aunque no hay una definición por parte de organismos internacionales, en México es definida como:

Tipo de violencia que se genera en los servicios de salud, públicos o privados, que consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y posparto. Esta violencia puede expresarse en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, en tratos crueles, inhumanos o degradantes por parte del personal de salud, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos. (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2021)

La violencia obstétrica se considera una violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres. Algunas de las situaciones más frecuentes que se presentan son el maltrato físico como la maniobra de Kristeller, quebrantamiento de su confidencialidad e intimidad, realización de abortos sin anestesia, agresiones verbales y físicas, negación de atendimento, detención tanto de sus bebés como de ellas por no poder pagar la atención, no obtención de consentimiento informado, imposición de métodos anticonceptivos, entre otras (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020).

Además de las consecuencias físicas que deja la violencia obstétrica, también deja secuelas psicológicas, ya que las mujeres han experimentado un parto traumático. De acuerdo con Beck y Jackson, es aquél en el que “hay un peligro real o amenaza vital para la madre o para su bebé” (en Olza, 2013). Las reacciones ante la experiencia de un parto violento son muy diversas pues depende de la autopercepción cognitivo-emocional, aunque dentro de ésta, no podemos olvidar la influencia que tienen los “factores sociales, culturales, económicos, políticos, [e] ideológicos” (Castrillo, 2016, p.63), de quien la vive. De acuerdo con (Fonseca et. al., 2016), de 328 mujeres que fueron entrevistadas durante las 72 horas después del parto, un 18.6% sintió

que su vida estaba amenazada o tenían posibilidad de morir durante el nacimiento de sus hijos.

Además, algunas mujeres pueden tener dificultad en la lactancia por no generar un vínculo temprano o apego con su bebé y éste contar con un retraso en su desarrollo infantil. Una de las consecuencias más graves de experimentar un parto traumático es el síndrome de estrés posttraumático que de acuerdo con Henriques et al., (2015), se encuentra conformado por revivir el trauma al tener pesadillas, recuerdos intrusivos, la evasión de cualquier estímulo que la mujer asocie al parto traumático como alejarse de su bebé e hiperexcitabilidad.

Un documental que ejemplifica muy bien los efectos de la violencia obstétrica y también de las consecuencias a nivel psicológico es el *Renascimento do parto 2*, dirigido por Eduardo Chauvet (2018), donde a lo largo del documental, existen testimonios de su experiencia de nacimiento y de lo que sienten tiempo después.

Ante este panorama, a mediados del S. XX surgieron en Europa diferentes métodos para crear alternativas en las experiencias de parto. Como ejemplo podemos hablar del *nacimiento sin violencia* de Frederik Leboyer o el parto en agua de Michel Odent. En Brasil surgió el movimiento por la humanización del parto donde personas desde diversos campos de la salud y ciencias sociales junto con activistas feministas, criticaron el excesivo control de la Biomedicina en esas fases de la vida. Esto, tuvo impacto a nivel mundial lo que permitió la incorporación de otras prácticas sin intervenciones médicas para la atención del dolor en las mujeres como el masaje relajante, aplicación de esencias, propiciar un ambiente relajante, técnicas de respiración, así como el involucramiento y participación del padre en todo el proceso.

Cabe mencionar que todo este movimiento ha aportado a la reflexión de la visión instrumentalista que se tiene de lo humano, se revalorizó la subjetividad e intersubjetividades presentes, la entidad compleja y relacional que es el ser humano y por tanto la mujer, así como la importancia que tiene la experiencia para ella, su pareja, familia y el bebé, resaltando el nivel afectivo y emocional presente en dicho momento.

Fue así que en 1979, con el intuito de reducir la morbilidad materna y perinatal, se

creó el Comité Europeo que de estar formado únicamente por profesionales de salud, se fueron integrando parteras profesionales y usuarias para analizar críticamente las intervenciones en la atención del embarazo, parto y posparto con ayuda de la OMS.

Esto dio paso al surgimiento del movimiento de la Medicina Basada en Evidencias en 1985 pues, se dieron cuenta que gran parte de las acciones médicas en estas etapas, no contaban con respaldo de estudios que comprobaran su eficacia (Diniz y Duarte 2004, en Ministério da Saúde, 2010).

La OMS en 1996, creó una guía práctica de los cuidados en el parto normal tomando como base una revisión a profundidad de casi 40 mil estudios sobre estas prácticas y su respaldo a partir de 1950. Su objetivo era tener el menor número de intervenciones posibles y que, tanto madre como bebé se encontraran sanos.

En esta guía se definió al parto normal como:

De bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento.

El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas.

Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.

(OMS, 1996, p.7)

Dentro del personal que reconocen para la atención del parto normal, se encuentra el ginecólogo obstetra que se encarga de dar atención a las mujeres con embarazos y partos de alto riesgo, así como complicaciones serias que necesiten cirugía obstétrica; el médico de cabecera pues cuenta con el conocimiento y experiencia sobre el embarazo y parto, aunque sea pequeña; la matrona cuyos estudios son reconocidos por el Estado y son preparadas para asistir el parto normal. Esta clasificación se refiere a las parteras profesionales y comúnmente trabajan en hospitales dentro del departamento de obstetricia, teniendo poca distinción en las prácticas que se realizan en embarazos de bajo y alto riesgo. Por último, como personal auxiliar se encuentra la comadrona tradicional a quienes limitan su trabajo únicamente a las comunidades donde no llega el sistema de salud, siendo éste generalmente el lugar donde viven.

Sobre los lugares, se reconoció la existencia de diferentes espacios en los que tienen lugar como los centros de salud, hospitales, en domicilio o en casas de parto y menciona que “una mujer debería dar a luz en el lugar donde ella se encuentre segura y en el nivel de asistencia más bajo posible” (OMS, 1996, p.22).

Las prácticas analizadas fueron divididas en cuatro tipos: las que son claramente útiles, perjudiciales o ineficaces, aquellas que no cuentan con evidencia clara para fomentarlas y su uso debe reducirse y por último, aquellas que se utilizan inadecuadamente.

La elaboración de un plan de parto donde la mujer gestante especifique sus deseos en torno al nacimiento de su bebé, la inclusión del bienestar emocional dentro del seguimiento físico durante el parto y posparto, facilitar contacto inmediato piel con piel de bebé y madre para facilitar el apego, el libre movimiento, decisión de posición, la libre demanda de alimento o bebida, así como la utilización de métodos no farmacológicos que alivien el dolor y la elección de un acompañante durante todo el proceso, forman parte de las prácticas claramente útiles.

El uso rutinario del edema, examen rectal, rasurado púbico, colocación de cánula intravenosa de rutina, administración de oxitocina, pujos dirigidos durante la segunda etapa de parto, estiramiento del periné o masajes, así como revisar manualmente el útero después del nacimiento o su lavado, son algunas de las prácticas definidas como claramente perjudiciales y que deben eliminarse.

El uso de hierbas, inmersión en agua, el manejo de la cabeza fetal o manipulación activa del feto en el momento de su nacimiento, la ligadura del cordón precozmente, así como la tracción controlada del cordón pertenecen a las prácticas que no cuentan con evidencia clara para fomentarlas y su uso debe deducirse.

La restricción de líquidos y alimentos durante el parto, controlar el dolor con analgesia epidural, la monitorización fetal electrónica, toques vaginales frecuentes realizados por más de una persona, el cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comenzar la segunda fase del parto y el uso liberal o sistemático de la episiotomía forman parte de las prácticas que se utilizan

inadecuadamente durante el proceso del nacimiento.

También, en esta guía se resaltó la importancia que tiene el acompañamiento por otra persona elegido por la mujer durante todo el proceso del parto. Dicho acompañante puede ser su pareja, la matrona o doula.

La doula es una mujer que brinda acompañamiento constante durante todo el proceso del parto y lo hace brindando soporte tanto emocional como físico a la mujer y también facilita que su acompañante, logre participar tanto como lo desee. Todo su trabajo tiene como base la información basada en evidencias y brindan los recursos necesarios para que sea la mujer que tome decisiones informadas sobre su parto. Algunas investigaciones muestran que las mujeres acompañadas por doulas tienen menor probabilidad de uso de oxitocina, de tener cesárea, usar analgésicos y tienen más probabilidad de calificar positivamente su experiencia de parto (Campiglia, 2017).

A partir de este momento, las guías que la OMS ha publicado, han sufrido un sinnúmero de modificaciones. Las recomendaciones de cuidados de la OMS durante el parto más actual con la que contamos es del 2018 -la Organización Panamericana de la Salud la tradujo al español en el 2019- en la cual, además de encontrarse 56 recomendaciones nuevas y 30 que continúan vigentes, ampliaron su enfoque refiriéndose a la experiencia de parto positivo ya que su objetivo no es sólo que el bebé y su mamá sobrevivan al parto, buscan que en este momento obtengan su máximo potencial tanto de salud como de vida y a dicha experiencia la definen como:

Aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. (OPS, 2019, p. 1)

Muchos esfuerzos son los que se han sumado alrededor del mundo para que la atención del parto mude y como sociedad, se pueda estar más cerca o próximos del nacimiento

humanizado que de acuerdo a la antropóloga Campliglia (2017), es:

Aquel que pone especial énfasis en el protagonismo de las mujeres de alcanzar una vida más saludable, así como en modelos de atención basados en evidencia científica donde la atención sea más humanizada, es decir, que puedan hacer uso de menos medicamentos, de equipos o prácticas invasivas innecesarias de rutina como los tactos vaginales. (p.57)

Dentro de este caminar, se puede notar que las parteras tradicionales, aunque no han dejado de existir pese al intento del sistema para terminar con ellas en el mundo, el lugar que ocupan en las organizaciones internacionales reguladoras de la salud y por tanto del parto y nacimiento, es el de personas que necesitan ser capacitadas para continuar con su labor dentro de sus comunidades.

En la guía práctica de cuidados que expusimos anteriormente de la OMS (1996), éstas forman parte del personal auxiliar que puede dar atención durante el parto cuando no existe personal de salud en el lugar cuyo “desenlace del embarazo y del parto puede mejorar gracias a sus aptitudes, especialmente si son supervisadas por matronas expertas” (p.11). Son específicamente las matronas o parteras profesionales a quienes se considera la mejor opción para encargarse de la atención de los partos de bajo riesgo.

El Comité Internacional de Matronas (ICM por sus siglas en inglés), define a la matrona como:

Persona que ha terminado satisfactoriamente un programa de formación en el ejercicio de la partería que está basado en las Competencias esenciales para la práctica básica de la partería de la ICM y en el marco de las Normas globales de la formación de la partería de la ICM y reconocido en el país correspondiente; que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse y/o licenciarse legalmente para ejercer la profesión de matrona y utilizar el título de «matrona», y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería. (ICM, 2021)

Ante esta definición, se puede notar que las parteras tradicionales siguen siendo

excluidas por no contar con estudios reconocidos por el Estado o si se niegan a recibir capacitaciones por parte de la institución de salud, también a esto se suma el hecho de ser en la mayoría de los casos, mujeres indígenas pertenecientes a comunidades pobres de su país.

¿Por qué se menciona que son excluidas si por parte de organismos internacionales como la OMS se han hecho trabajos, investigaciones e intentos que hasta en la actualidad se mantienen, para vincular a las parteras tradicionales con el sistema de salud de sus países?

Debido a que en dichos *esfuerzos*, existe una posición completamente jerárquica en la cual, la partera tradicional se encuentra subordinada. Ya en 1981, la OMS hacía publicaciones donde reconocía la legitimación social que tienen dentro de sus comunidades y eran importantes para mejorar la salud de las personas, pero al mismo tiempo se puede apreciar la relación inferior desde el nombre de su publicación *La partera tradicional en siete países. Ejemplos prácticos de utilización y adiestramiento*, así como en algunos títulos de capítulos “Sri Lanka: Posibilidades de utilizar a las PT [parteras tradicionales] como medio poco costoso para atender las necesidades en materia de salud de la familia” (p.5).

Con el párrafo anterior, se puede notar que, para la institución, a la partera se le necesita enseñar a hacer su trabajo, así como a los animales se les condiciona a hacer ciertos movimientos, se les necesita amaestrar y si no van a las capacitaciones, medio por el que se les adiestra, se les castiga al no darles certificados, fundamentales para ejercer su labor asistiendo partos. Aunado a esto, les despojan su lugar como ser humano y se les cosifica, pues pueden ser usables y a bajo costo, para que terceros solucionen situaciones en su comunidad.

Este tipo de circunstancias podemos examinarlas desde la descolonialidad, corriente que analiza y critica las interacciones en nuestro mundo actual que siguen vigentes debido a sus “configuraciones de sentido sobre la subjetividad, el saber y el poder que afectan no sólo las relaciones geopolíticas, sino también las disposiciones microfísicas y cotidianas de los sujetos y colectivos” (Panotto, 2020, p. 45-46).

Dichas disposiciones microfísicas y cotidianas de los sujetos, se hace evidente cuando

inicia la subjetivación. Las personas comienzan a apropiarse de aquellas normas o medidas comunes que el discurso médico desarrolló sobre lo anormal-normal, la salud-enfermedad, cómo se debe o no parir (Silveira et al., 2020). Como prueba, se puede mencionar que la mayoría de las mujeres, no se imaginan teniendo un embarazo y un parto de otra forma que no sea el dictado por la institución de salud de sus países pues, perciben múltiples riesgos que pueden experimentar junto con su bebé.

En todo lo expuesto hasta ahora, se puede identificar una colonialidad del saber donde, siguiendo al teólogo y doctor en ciencias sociales Panotto (2020):

Se evidencia la existencia de un conjunto de comprensiones epistémicas que responden a los encuadres simbólicos, discursivos, ideológicos y cosmovisionales de los contextos geopolíticos actuales, en los que refiere a la promoción de valores morales, culturales y políticos representativos de las lógicas (no sólo grupos) poscoloniales (p.48).

Al inicio del capítulo se muestra de qué manera, la ciencia se ha colocado en la sociedad como única forma aceptable de conocimiento porque ostenta la verdad y objetividad en su método, olvidando su constante falsación. El proceso de medicalización que la sociedad ha tenido, obedece también a esas configuraciones de poder que constituyen y mantienen la colonialidad donde con relación al parto y al nacimiento, las organizaciones internacionales y por ende el sistema de salud de los países, conciben esa forma de atención al parto como correcta y única, excluyendo, tachando e invisibilizando toda forma de conocimiento, de perspectivas epistémicas diferentes.

Son por estos motivos que es posible cosificar, deslegitimizar los saberes de las parteras tradicionales pues parten de otras epistemologías no occidentales, parten de otros sistemas-mundos que crean imaginarios, prácticas, subjetividades, interacciones, valores-emociones diferentes a aquellas hegemónicas.

Este sistema-mundo otro en el cual se encuentran las parteras tradicionales mexicanas, es el de la medicina tradicional que “es un sistema de conceptos, creencias, prácticas y recursos

materiales y simbólicos para la atención y tratamiento de diversos padecimientos y procesos desequilibrantes” (Zolla, 2012:5).

Hace parte del sistema real de salud en México en conjunto con la medicina alópata, homeópata y las complementarias. Se encuentra tanto en zonas rurales como urbanas y debido a la diversidad de sus plantas medicinales, se encuentran en segundo o tercer lugar mundial. Se considera como patrimonio tangible e intangible de nuestra nación multicultural ya que atesora el conocimiento de las culturas prehispánicas y no es estática. Conforme ha pasado el tiempo, a ésta se integran los saberes y conocimientos de medicina africana, europea y las actuales como la acupuntura, la fitoterapia, digitocupuntura, ayurveda y más. No sólo se ocupa de enfermedades sino también procesos normales como el parto (Zolla, 2012).

De acuerdo con el autor, las y los médicos tradicionales curan además de contar con toda la sabiduría de las plantas medicinales milenarias, estudian, observan y su sentido común es muy desarrollado, también por compartir aspectos culturales con las personas como su lengua y creencias, al hacer uso de todos sus sentidos, así como el uso de minerales y animales con características medicinales, el uso de hidroterapias como el temazcal, el diálogo, ceremonias, limpias y la eficacia simbólica.

Dentro de la medicina tradicional se encuentra la partería tradicional, considerada una práctica de origen ancestral integrada por saberes que conforman sistemas integrales para la atención al embarazo, parto y posparto. “Abarcan conocimientos sobre el efecto terapéutico de plantas y otros recursos naturales, además de incluir técnicas corporales eficaces para el buen desarrollo del embarazo, parto y posparto e incorporar actos rituales que fortalecen la identidad comunitaria” (Sevilla, 2018, p.3).

Panotto (2020), considera dos elementos fundamentales para una descolonización, a saber, la transculturalización del conocimiento donde exista cabida para un intercambio por medio del diálogo que haga reflexionar críticamente todos los aspectos coloniales occidentales que hacen parte de la actualidad y por otro lado, la transdisciplinariedad en la cual se radicalice:

El sentido de lo interdisciplinario, donde los conocimientos heterodoxos representen ese “tercio incluido”, donde las epistemes-otras no son campos exotizados dentro de un conglomerado disperso de visiones a ser reconocidas y catalogadas como objetos ajenos a la agencia humana y las metodologías oficiales. (p.73-74)

Es importante resaltar que en dicho diálogo, se necesita un intercambio horizontal de información con las *epistemes monopolíticas*, que únicamente se logrará si mantienen un mismo lugar ontológico, donde dicha episteme monopolítica, reconozca a ese otro sistema-mundo donde éste no tenga la imperiosa necesidad de acabar, adiestrar o eliminarlo.

Maldonado-Torres (2016), habla de una consciencia decolonial que “busca descolonizar, des-segregar y des-generar el poder, el ser y el saber (...) al crear lazos y nuevas formas entre esferas que la modernidad ayudó a separar (...), acarrea formas de actuar, de ser y de conocer que se alimentan de los encuentros entre estas áreas” (p.93-94).

Uno de los objetivos en esta tesis es colocar las bases para futuramente generar esos puntos de encuentro, pensar esas nuevas interacciones entre la partería tradicional por medio de las parteras tradicionales y el sistema hegemónico dominante sobre la atención del parto. Reconociendo primeramente a la partería tradicional dentro de una epistemología de un sistema mundo otro, con igual lugar ontológico.

En el próximo capítulo se abordará al sujeto de análisis, la partera tradicional y por medio del modelo operativo de Haidar (2006), se conocerá la experiencia de parto con las parteras tradicionales mexicanas a partir del mapa interactivo de partería tradicional del país y de esta forma, se hará un primer bosquejo sobre lo que las parteras tradicionales en general y las parteras tradicionales mexicanas en particular, pueden aportar con sus experiencias y prácticas durante la atención del parto, para lograr un nacimiento otro.

Capítulo IV. Análisis y discusión

Introducción

En los capítulos anteriores se abordaron los aspectos teórico-metodológicos que sustentan esta investigación, los cambios en las prácticas de las formas de atención al nacimiento que ha habido con el paso de la historia en nuestra sociedad, así como el proceso de su medicalización y sus impactos sobre el nacimiento. Este capítulo se centrará en presentar a través de las voces de las parteras tradicionales, la situación actual sobre su labor en México. Se descubrirá por medio del análisis discursivo con el modelo teórico-metodológico de Haidar (2006), las prácticas semiótico-discursivas que ha preservado este oficio desde épocas prehispánicas.

Por otro lado, además de la Transdisciplina y de la Teoría de la Complejidad como postura epistemológica y teórica-metodológica, se tendrá apoyo de diferentes subcampos cognitivos, es decir, disciplinas que ayudarán a reflexionar y alumbrar los caminos de los sentidos que se pueden encontrar en la experiencia de parto con parteras tradicionales mexicanas, tal es el caso de la psicología de la vida cotidiana para ver las maneras como lo individual y colectivo, lo público y privado van entretrejiendo la experiencia del nacimiento con parteras tradicionales, así como explicar los postulados de la teoría de la complejidad sobre las relaciones o intercambios entre estas relaciones dialógico-recursivas. Se abrirá este capítulo exponiendo de forma breve, la historia de la partería en México para después, mostrar el análisis de los micro relatos de las parteras.

4.1 Historia de la partería tradicional en México

De acuerdo con el diccionario etimológico, parir se deriva de la palabra en latín *parere* que quiere decir dar a luz, producir o proporcionar (Corominas, 1987, p. 441) y según el Diccionario de la Lengua Española, es *expulsar naturalmente el hijo o los hijos que tiene en su vientre* y se utiliza exclusivamente para hembras vivíparas, es decir, hembras cuyo feto se desarrolla en el vientre.

En este trabajo el **parto**, además de ser entendido como la acción de parir que la mayoría de las hembras mamíferas realizan; es decir, como evento biológico-fisiológico, se entiende también que como seres humanos, contamos con la dimensión social-histórica-cultural-económica que va conformando las prácticas y concepciones del nacimiento, mostrando las diferentes nociones, juicios y rituales que se modifican de acuerdo a la cultura que lo vive -como se mostró en el capítulo dos en Egipto, Grecia y Roma, entre otras-.

Cabe mencionar que dentro de estos cambios, también se encuentra inmerso el sujeto central de investigación, la **partera**, presente a lo largo de la historia y cuya característica ha sido el acompañar y asistir a la mujer en los eventos del ciclo reproductivo. Si bien uno de los momentos más importantes en la actividad de la partera es tanto la gestación como el parto, su labor va más allá de esto, cuida de la fertilidad, así como de la menopausia también (A. Calderón, comunicación personal, 2020).

En el caso de México, desde épocas prehispánicas existieron desarrollos de conocimientos sobre medicina en general y partería que tuvieron una aculturación con la colonización de los españoles y de acuerdo con la historiadora Ravelo (2016), el Códice de la Cruz – Badiano es el escrito más antiguo que se conoce sobre medicina mexicana en donde aparece un recetario de las plantas autóctonas mexicanas, dentro del cual se encuentran los remedios utilizados por la *temixiuiltli* o partería indígena, pero uno de los documentos utilizados como referencia sobre el tema que aquí incumbe es el Códice Florentino ya que además de remedios, logra retratar aspectos técnicos, bióticos, religiosos y aspectos sociales.

Por ejemplo, los nahuas en el Posclásico (900-1200 d.C.) realizaban una reunión cuando una mujer de su familia se reconocía embarazada. Por medio de discursos percibían al hijo como un regalo de los dioses, un tesoro o riqueza y se fortalecían vínculos entre familia para que participaran todos los parientes, pues se percibía al embarazo como un fenómeno social y no individual, ya que del bebé dependía la continuidad de su linaje (Alcántara, 2000).

En los últimos meses de embarazo nuevamente se reunían, pero ahora para que la

partera acompañara a la mujer hasta culminar el parto, era un compromiso social que adquiría. El parto era llamado *momento de muerte* donde la mujer era considerada guerrera y después de este evento, renacía. Se llevaba a cabo en el temazcal donde la partera palpaba a la madre para acomodar al bebé. Cuando se presentaban los primeros dolores de parto, la mujer lo vivía en soledad, únicamente con el auxilio de la partera para desempeñar su nuevo rol como mujer guerrera, era ésta quien la alimentaba, preparaba una bebida con la hierba cihuapatli y si no conseguía dar a luz, le daba de beber polvo de cola de tlacuache (Johansson, 2006). En caso de no lograra parir, la partera pedía autorización a sus familiares de destrozar al bebé para salvar la vida de la madre y si no lo permitían, la partera llevaba a la mujer a otra forma de existencia, era enterrada en la puesta de Sol para que acompañara a las demás *mocihuaquetzqui*, también mujeres guerreras.

Este ritual realizado con la mujer, demuestra que para la cultura ancestral y para ella misma, el parto estaba más allá de un evento mecánico o únicamente fisiológico entendido así en las ciencias Occidentales. Era un movimiento recursivo, entre la vida y la muerte, entre las creencias y el conocimiento práctico sobre el evento del nacimiento, que tenía múltiples impactos en ésta, como en el ámbito emocional pues es un renacimiento, un espacio de autodescubrimiento-conocimiento, donde confluyen diferentes niveles de realidad y de materia, como afirma el físico Nicolescu (1996).

Dichos niveles de realidad se pueden ver ejemplificados con la manera en cómo se concebían a los recién nacidos, ya que éstos adquirirían junto con su nombre, la calidad de sujetos y su identidad genérica; es decir, se le asignaban roles que debían desempeñar a lo largo de su vida representando lo masculino o femenino para que el equilibrio del universo se mantuviera y con esto, la sociedad. Según su cosmovisión, el universo y lo que engloba existía por la continua tensión entre principios opuestos: terrestre-celeste, masculino-femenino, caliente-frío, entre otros.

Hasta aquí, se logra observar que la concepción que se tenía de la gestación era algo

sagrado, un evento público pues en el momento de saberse embarazadas, las familias se reunían para celebrarlo y honrarlo. Al mismo tiempo, era algo privado pues el parto se llevaba a cabo en el temazcal únicamente con la mujer y la partera. De esta forma, se puede notar el principio dialógico y recursivo que se plantea desde la complejidad pues lo privado y público no son opuestos sino forman parte de una misma unidad y dentro del proceso se van comunicando, van moviéndose para que el parto, el nacimiento acontezca y su naturaleza es sagrada.

El papel que la partera desarrollaba tenía gran reconocimiento pues en un evento público, se comprometía a acompañar a la mujer embarazada hasta el nacimiento de su bebé. El temazcal era el espacio donde se nacía, el uso de hierbas, elementos de animales e incluso minerales, era lo común en la labor de la partera. Las prácticas de las parteras existentes en ese momento histórico, estaban sustentadas en el conocimiento que la medicina indígena fruto de la exploración, observación y puesta en práctica, tenían un amplio conocimiento de la herbolaria, herramientas, así como protocolos que seguían de la filosofía y cosmovisión indígena.

Por otro lado, la concepción que tenían sobre la mujer gestante, la mujer que paría era de respeto, de honra por poder crear vida, la concebían como concedora y capaz de dar a luz. Ella, junto con la partera, contaba con toda la capacidad para dar a luz, tenía el mismo valor que un guerrero pues después del parto, la mujer renacía.

Con la colonización de los españoles en México, el intercambio de conocimiento sobre medicina y partería indígena, así como la medicina y partería europea, pasó a convertirse en dominación, proceso por el que la partería indígena fue relegada y en su lugar, comenzó a surgir la *necesidad* de contar con médicos hombres cirujanos para atender los partos (Federici, 2010).

Desde esta urdimbre e hibridación cultural, la partería tradicional mexicana aún existe, generando otras formas desde dónde concebir, entender, sentir la gestación y el nacimiento, estando más cerca de aquello que se conoce como parto respetado, humanizado, brindando una experiencia más humana tanto a la mujer gestante, su bebé y familia.

Debido a la importancia que le es brindada a la categoría de sujeto complejo en esta

investigación, se decidió continuar la exposición presentando en el primer punto de la tipología de los discursos del modelo base, el contexto y los espacios en donde se encuentran las parteras tradicionales, así como las relaciones e interacciones que surgen entre éstas y el entorno: los espacios, las personas cercanas, mujeres embarazadas, así como con la naturaleza, aspecto importante que la psicología de la vida cotidiana ayuda a analizar.

4.2 Criterios tipológicos de los discursos-semiosis

Objeto semiótico-discursivo

El objeto semiótico discursivo de la investigación es la partería tradicional mexicana en la representación desarrollada dentro de los videos de la plataforma digital sobre la misma realizada por el colectivo Tlazocamati producciones.

El proceso de investigación que está detrás de la plataforma y videos realizados en conjunto por las antropólogas Diana Álvarez y Litay Ortega, se llevó a cabo entre los años 2018 y 2019. Visitaron varios estados de la república y realizaron un trabajo cualitativo por la necesidad sentida de resguardar los conocimientos que poseen las parteras para cuidar de la vida de las mujeres, de las y los bebés. También querían dar a conocer las dificultades y hostilidades actuales presentes en su labor.

Entrevistaron a 25 parteras y hasta el momento en que fue realizada esta investigación, en la plataforma se encuentran ocho cortometrajes cuyo objetivo fue retratar “la cotidianidad de las mujeres, así como sus espacios domésticos y sociales y ponen el foco en sus prácticas para reproducir la vida” (Álvarez y Ortega, 2020, p.6).

Es por medio de la vida cotidiana que la partería tradicional mexicana ha existido y se mantiene actualmente. Los videos son muestra de ello ya que, a través de la vida de ocho personas retratando su día a día, se logra percibir y analizar los sentidos de la experiencia del nacimiento, modelar la forma de lo que es la partería tradicional mexicana actualmente, su paso a través del tiempo al conversar sobre cómo y cuándo aprendieron, de qué forma ha cambiado su vida y el ejercicio de su oficio. La partería tradicional mexicana es moldeada en su devenir por

aspectos económicos, socio-culturales y ambientales al igual que por la individualidad de los sujetos, en nuestro caso, las parteras tradicionales mexicanas.

Los espacios y vidas que se retratan pertenecen a territorios concretos, donde las realidades se desarrollan y surgen redes constituidas por nodos de prácticas y acciones particulares. Al mismo tiempo, se originan momentos de separación cuyo origen es el entorno físico, así como el cultural-social y subjetivo. Dichos territorios representados son el Estado de México, Campeche, Chiapas, Veracruz y Oaxaca.

Dentro del Estado de México, hablan del municipio de Ecatzingo de Hidalgo donde vive Atanasia de 85 años. Cuenta con 10 827 habitantes, que representa el 0.1% de la población total del estado. El 71.8% de las viviendas no cuenta con agua entubada, el 40.1% de la población no tiene educación básica, únicamente el 12.9% de ésta cuenta con computadora y el 20% no tiene celular. Sobre la afiliación a servicios de salud, del total de la población el 74.4% está afiliada y de éste, la mayoría se encuentra en el INSABI (Instituto de Salud para el Bienestar), organismo que brinda servicios de salud gratuito para la población del país que no cuenta con seguro social (INSABI, 2022). Con este dato queremos remarcar que el 25.6% de esa población no está afiliada a ningún servicio de salud (INEGI, 2020).

En el estado de Campeche hablan de Dzibalchen, una localidad dentro de la capital donde vive Rosita y Dora de 77 años. Campeche capital tiene 294 077 habitantes que representa el 31.7% de la población estatal total. El 82.9% cuenta con agua entubada, el 41% tiene educación básica, el 61% cuenta con internet en sus casas y el 91.6% tienen celular. El 4.68% habla una lengua indígena, siendo el maya más frecuente. Sobre la afiliación a servicios de salud el 80.4% está afiliada y de éste, el 58.3% se encuentra afiliada al IMSS y en segundo lugar al INSABI (INEGI, 2020).

Sobre Chiapas, se encuentra Amatenango del Valle donde vive Caridad de 36 años y Chenalhó donde vive Margarita. La primera localidad cuenta con 11 283 habitantes que representa el 0.2% de la población estatal total; el 84.7% no cuenta con agua entubada, el 22.6%

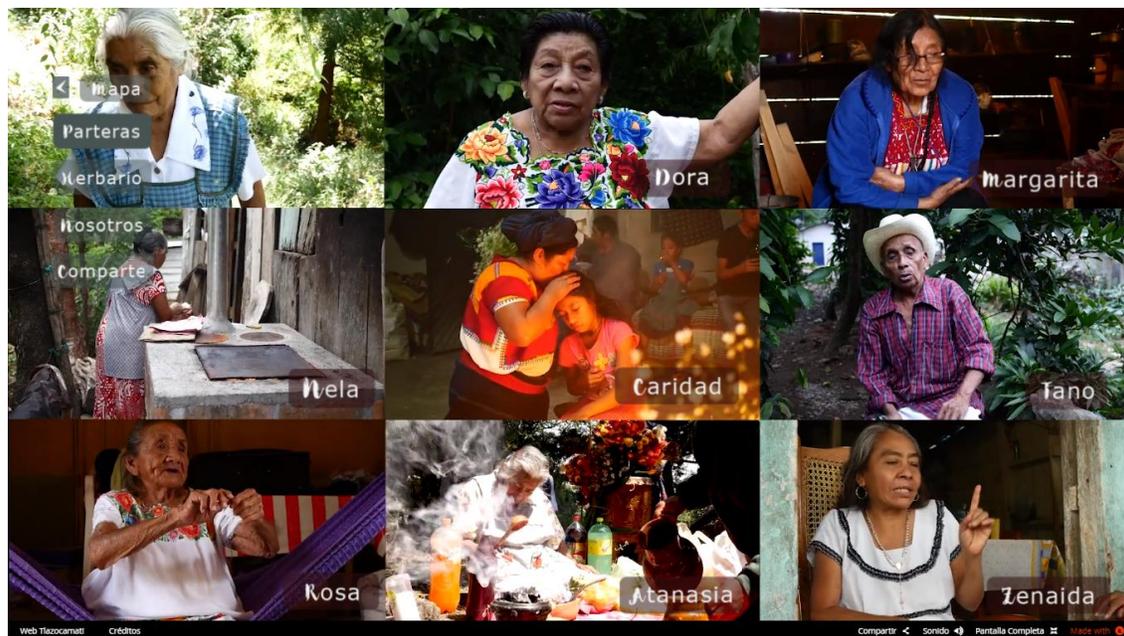
no tienen escolaridad, únicamente el 0.7% cuenta con internet en sus casas y el 40% tienen celular. El 71.5% habla una lengua indígena, siendo el tseltal más frecuente. Sobre la afiliación a servicios de salud el 73.4% está afiliada y de éste, el 78.8% se encuentra afiliada al INSABI (INEGI, 2020) y en segundo lugar al IMSS Bienestar, programa del Seguro Social que brinda servicios de salud gratuitos en zonas marginadas del país, sean rurales o urbanas (IMSS, 2022).

Chenalhó, cuenta con 47 371 habitantes que representa el 0.9% de la población estatal total, el 18.5% cuenta con agua entubada, el 25.7% no tienen escolaridad, el 98.9% no cuenta con internet en su casa y el 66.8% no tienen celular. El 96.77% habla una lengua indígena, siendo el tsotsil más frecuente. Sobre la afiliación a servicios de salud el 79.6% está afiliada y de éste, el 92.5% se encuentra afiliada al INSABI y en segundo lugar al IMSS (INEGI, 2020).

De Veracruz mencionan la localidad de Chuniapan de abajo y Tepanacan, pertenecientes al municipio San Andrés Tuxtla en donde vive Zenaida, Doña Negra de 79 años y Axnela. San Andrés Tuxtla cuenta con 162 428 habitantes que representa el 2 % de la población estatal total, el 36.9% no cuenta con agua entubada, el 14.2% no tiene escolaridad, únicamente el 27.3% cuenta con internet en casa y el 77.5% tiene celular. El 0.35% habla una lengua indígena, siendo el náhuatl más frecuente. Sobre la afiliación a servicios de salud, el 63.4% está afiliada y de éste, el 60.3% se encuentra afiliada al INSABI y en segundo lugar al IMSS (INEGI, 2020).

De Oaxaca, mencionan la localidad de San José Tenango donde vive Tano de 81 años. Cuenta con 18 102 habitantes que representa el 0.4% de la población estatal total, el 89.6% no cuentan con agua entubada, el 26.1% no cuentan con escolaridad, el 91.5% no cuenta con internet en sus casas y el 27.9% tiene celular. El 94.21% habla una lengua indígena, siendo el mazateco más frecuente. Sobre la afiliación a servicios de salud, el 78.4% está afiliada y de éste, el 94.3% se encuentra afiliada al INSABI y en segundo lugar al IMSS (INEGI, 2020).

Figura 3. Parteras protagonistas de los micro relatos de vida



Tlazocamati producciones (2020)

Siguiendo la definición de Agnes Heller (1977) sobre la vida cotidiana escrita en el primer capítulo, se encuentran tres componentes principales para hablar de la esfera de objetivación en sí, surgida del entorno en el que las personas se desarrollan en su día a día: el lenguaje, la estructura de hábitos y el uso de objetos que sirven para la reproducción de los seres humanos que, a la vez, posibilitan la emergencia de reproducción social.

Sobre el componente del lenguaje, se puede mencionar que el foco central de nuestra investigación lo tiene el discurso de las parteras, su uso en los diversos territorios y aunque la mayoría de las parteras hablan español, también hablan una lengua indígena como es el caso de Caridad, Dora, Margarita y Tano. Los últimos dos, no hablan español. Gracias a la reproducción diaria, las lenguas indígenas se preservan, resisten transformándose con palabras que caen en desuso y agregando nuevas provenientes de otros idiomas.

Respecto a las estructuras de hábitos, entre varias cosas, se encuentra que cocinan

usando el fogón, con cocinas rudimentarias, preparan la masa para sus propias tortillas, cuidan de animales de compañía y de consumo o venta como gallinas, guajolotes, cerdos, cotorros, entre otros. También siembran, cultivan o cuidan de plantas, tienen una vida más manual o sin tantos mediadores entre las actividades y ellas.

Igualmente, desarrollan más de una actividad no sólo son parteras o partero, además de las actividades dentro de la casa como el cocinar o limpiar, Axnela por ejemplo tiene un molino que ocupan las personas para conseguir masa de maíz y hacer tortillas; Tano trabaja de cargador en el mercado de su comunidad y es curandero; Caridad, es alfarera, pintora, borda blusas y es curandera (Tlazocamati producciones, 2020).

Estas estructuras de hábitos sobre las cuales llevan a cabo sus actividades, promueven capacidades distintas que se pueden ver reflejadas en el momento en que desarrollan la labor de la partería, al hacer uso de otra forma de sus sentidos como el tacto, olfato o la observación; tienen más consciencia corporal que sirve para *sentir al bebé* sin necesidad de equipos tecnológicos, a diferencia de los médicos o enfermeras.

Sobre el uso de los objetos, utilizan como muebles las cubetas de pintura o tabiques para colocar sobre éstos papeles, ropa y ollas; los huacales de madera colgados en la pared de la cocina, se convierten en estantes y también, reutilizan objetos en la construcción de su hogar como la puerta de entrada al terreno de Dora (figura 7).

Al mismo tiempo existen elementos de uso, estructura de hábitos, al igual que características del lenguaje que las y los diferencian. Por ejemplo, Tano, Atanasia y Caridad, son quienes hacen uso del temazcal, en uno está conformado con tabiques y cemento, en otro, son varas de carrizo y petates que Tano construye cuando se iba a utilizar, todo dependía si las mujeres que acompañaban no tenían en casa; en Campeche está la opción de parir en hamaca; aunque todos tienen conocimiento sobre herbolaría, las plantas pueden ser diferentes o llegar a llamarse de otra manera. Por ejemplo, para la fertilidad Don Tano en Oaxaca usaba la *Hoja de niño* o *peperomia clavigera*, que toman tanto hombre como mujer durante tres días, para el mismo

objetivo Caridad en Campeche, prepara una infusión de canela, manzanilla, anís, jengibre, pimienta negra y romero, que solamente la mujer debe tomarse (Tlazocamati producciones, 2020).

También, se considera la vestimenta como parte del uso de objetos y en cuatro de las ocho parteras, son utilizados los huipiles, rebozos y faldas que determinadas culturas indígenas continúan usando no como folklore sino como parte de su identidad. (Dora, 2018, min 00:37; Caridad, 2018, min 00:30; Rosita, 2018, min 1:43).

La dinámica de la vida cotidiana también puede ser analizada, poniendo atención en el entorno que se puede observar dentro de los videos pues retratan en las imágenes, el espacio y lugares que hacen parte de la cotidianidad de las parteras y ayudan para dibujar esos entramados también de sentidos que acompaña el discurso de las parteras.

En los primeros momentos del video de Tano se puede apreciar que San José Tenango en Oaxaca, municipio donde vive, es un lugar rodeado por cerros llenos de verde y da la impresión de ser un espacio alejado de más poblados. Compartió que era un lugar repleto de árboles, donde no existía nada:

Este lugar siempre ha sido monte, estaba tupido de árboles enormes todo esto.

Los tigres rugían por allá, jaguares por aquí y por acá salían los cacomixtles (...)

Sólo había aquí unas cuantas casitas. Este lugar no era así como lo ven ahorita, poco a poco fuimos arreglando aquí. (Tano, 2018, min 09)

Figura 4. San José Tenango, Oaxaca, municipio de Tano



Tlazocamati producciones (2020)

Por otro lado Zenaida, que vive en Chuniapan de abajo en la región de los Tuxtlas, Veracruz, compartió que la mayor parte de su tiempo en la infancia lo ocupaba para aprender a cocinar e ir al río a lavar trastes, lavar ropa, bañarse pues no contaban con agua en su casa. Estudió hasta tercer año de primaria, desayunaban antes de ir a la escuela siempre que tenían tiempo, de lo contrario, se iban sin desayunar. Para ella fue una experiencia sufrida por tanto trabajo que tenían que hacer hasta que se organizaron en su comunidad e inauguraron el primer molino (Zenaida, 2018, min 1:32).

Figura 5. Zenaida cargando a su nieta



Tlazocamati producciones (2020)

La casa de Dora, partera en Campeche, posee muros bajos de piedra y una cerca de madera que funge como entrada. A lo lejos se puede apreciar una casa de material o cemento, tanques negros de agua -Rotoplas-, rodeado de jardín con varios árboles de pitaya, neem y otros. También podemos ver jaulas hechas con madera y malla de metal para guajolotes y a un gato (Dora, 2018, min 1: 49).

Figura 6. Dora entrando a su casa



Tlazocamati producciones (2020)

Figura 7. Puerta reutilizada



Tlazocamati producciones (2020)

Figura 8. Cocina de Dora



Tlazocamati producciones (2020)

Parte de la entrevista con Doña Dora, fue grabada en su cocina hecha toda de madera y piso de cemento quemado en la que tiene un comedor de madera, su fogón donde cocina y echa tortillas. En la pared de madera, aparecen ollas colgadas, una bolsa del mercado y un huacal donde se aprecian varios envases de vidrio y una botella de aceite. En otra parte de su casa que el video muestra, aparece una hamaca en donde el suelo es de tierra (Dora, 2018, min 2:17).

Dentro de los cortometrajes, la cocina es uno de los espacios más grabados, se encuentran retratadas con Dora, Caridad, Margarita, Axnela, Rosita y Atanasia. Una de las características que comparten es la utilización del fogón con leña, el hacer tortillas a mano con objetos simples como una piedra, un pedazo de madera y sus manos. De acuerdo con Carrasco (s.f.), en la época de nuestros ancestros, la realización de tortillas se consideraba un ritual lleno de simbolismos donde el comal por ejemplo, representaba el disco solar o Tonatiuh, Dios del Sol, que se coloca a la derecha, donde nace el sol y el recipiente donde se guardan las tortillas conocido como chiquihuite o tenate, representa su parte superior o tapa al sol y la inferior, que es cuadrada, las cuatro estaciones (en CONACULTA, 2004).

Se considera que las investigadoras le dieron un mayor peso a este ambiente porque mucha de la vida diaria de las parteras ahí acontece y por otro lado, sirve para tener una lectura sobre sus prácticas, hábitos, e incluso espacio de convivencia, donde las familias se reúnen a conversar, pasar tiempo juntos, al igual que con otras personas. Es una costumbre recibir visitas en casa y ofrecerles algo tanto de beber como de comer.

Al observar la arquitectura y formación del espacio en sus casas, se puede notar que tienen una vida común a la de las demás personas de su municipio, no viven de forma sobresaliente o con lujos. A través de los muros bajos de piedra y cerca de madera que también comparten las casas de las parteras, se logra apreciar la manera en cómo viven dentro de su comunidad, una atmósfera de confianza entre sus vecinos del barrio pues pueden entrar a su terreno con mucha facilidad, o a su cocina, por ejemplo. Al menos en la construcción, no existen estas separaciones, o distanciamiento entre las personas de su alrededor, parece ser que su privacidad se encuentra más cercana a la esfera de lo público.

Actualmente en algunas comunidades indígenas o de descendencia indígena, las parteras siguen ocupando un lugar muy importante, ya que ayudan ante dificultades o adversidades que pueden presentarse y existe una confianza que se va transmitiendo de generación en generación. Se considera que es una de las razones por la cual la construcción de sus casas está hecha de esta forma, así como la cercanía a las personas de su barrio, aunado al peso de los acuerdos sociales, de las creencias y tradiciones transmitidas en la cultura existente en las comunidades.

Aquella otra forma de vivencia o interacciones que las parteras tradicionales brindan dentro del nacimiento, hace parte de la estructura de su vida, de su praxis en todos los ámbitos de ésta. Un ejemplo fue el trabajo de investigación que se convirtió en una celebración pues Dora, invitó a todo el equipo a una comida con ella y otras parteras de su región, donde se creó un momento de convivencia, de festejo y compartir. Desde ese lugar también experimentan esas otras formas de concebir la vida, esa otra forma de existir. Este ambiente de comunidad deviene

de las prácticas de las culturas indígenas aún presentes en nuestro país, es un tejido social que, aunque desgastado por la modernidad y otras dinámicas capitalistas, aún se encuentra presente (Tlazocamati producciones-audios Dora, 2020).

Fue en este contexto que las parteras tradicionales y su rol a desempeñar surgió de una necesidad, la mayoría menciona que su primera experiencia asistiendo partos devino de una emergencia, comúnmente lo hicieron a muy temprana edad, entre los 12 y 14 años como muestran los relatos de Zenaida y Axnela a continuación:

Comencé porque una muchacha de acá [no entiendo] estaba el arroyo, pero bien crecido el arroyo y la partera no estaba. Entonces me vino a traer mi cuñado, dice por qué no lo vas a ver, le digo: yo no he atendido a nadie. Vaya a verla dice (...) primeramente Dios que sí se va a poder. Ya la fui a ver, sí se alivió, se alivió y tuvo la niña, después vino la placenta, fue la primera muchacha que atendí. (Zenaida, 2018, min 0:01)

Pues yo aprendí por una mera necesidad, cuando mi cuñada se iba a aliviar. Y este, me llamaba a que la acompañara y la ayudara, pues yo con miedo, sí, le decía que: la llevaba al seguro porque mi hermano era muy delicado, pero ella decía: no, ayúdame tú y si tienes miedo, vete. Y qué quería que hiciera, más que acompañarla, ayudarla y así tuvo el primer niño, el segundo y el tercero. Hasta ahí, hasta ahí le eché la mano, la ayudaba, pero no crea con miedo, con miedo porque yo oía que era penado que se muriera un niño, una señora, pero gracias a Dios nunca pasó nada. (Axnela, 2018, min 2:02).

Además de la necesidad, existen otras causas que se mezclan como el abandono por parte del Estado para cubrir una necesidad tan básica como el acceso a la salud, la herencia familiar y aquella habilidad innata que algunas parteras poseen y que le llaman *don*. Lo anterior, se puede ver reflejado con Dora al mencionar:

Entonces pues aquí empecé a ejercer de ser partera deveras tradicional porque no había carretera, no había médicos, no había ambulancia, no había, no había nada de ayuda para que nazcan los niños (...)pero sólo Dios sabrá que a mí me regaló ese don tan grande para que mi mente me ayude a sacar las mujeres adelante, cómo nace un bebé, cómo

atender un bebé y de eso. Ya a mis 18 años entonces las otras parteras más viejas me enseñaron cómo voy a utilizar los trapos viejos para envolver al bebé que nace. Entonces yo empecé a ejercer. (Dora, 2018, min 1:57).

Dora estuvo asistiendo partos durante cinco años sin recibir algún tipo de enseñanza, formación o acompañamiento de alguna partera con experiencia. Sólo con su intuición y observación de la mujer parturienta, fue aprendiendo de la experiencia, a esto ella le llama don, un regalo que Dios le hizo.

Los temas satelitales que acompañan al objeto semiótico son: el rol de la partera tradicional durante el parto, herramientas utilizadas, herbolaria y prácticas comunes durante el parto, similitudes y diferencias entre la atención del parto realizada en casa por las parteras y en el hospital, relación partera-mujer gestante, proceso de medicalización del parto, violencia obstétrica, problemas u obstáculos para ejercer su profesión por parte del sistema de salud los cuales se encontrarán a lo largo de este capítulo.

Funciones semiótico-discursivas

De las funciones que Reboul (1986) propone, dentro de los discursos de las parteras tradicionales mexicanas reflejadas en los cortometrajes, en primer lugar, se encuentra la función expresiva, aquella encargada de enunciar tanto emociones como otros estados. En cada video, se nota que las parteras entrevistadas, responden a preguntas que tienen que ver sobre su experiencia como partera, su interés por dedicarse a ese oficio, las dificultades que han presentado y presentan actualmente para desarrollar su labor en las comunidades donde viven. Se toma como ejemplo el relato sobre su nacimiento que comparte Dora:

Cuando nací, llegó mi abuelo Catalino y mi abuela le dijo: Catalino, ya nació la niña ¿Qué es? Es niña. Ahora verás. Mi abuelo bajó dos naranjas, las cortó, con eso enjuagó su machete y cortó mi ombligo. Eran las 12 del día, por eso soy muy valiente, no le tengo miedo a nada. (Tlazocamati-foto relato Dora, 2018).

Sobre la pregunta que cabe a esta función ¿sincero o mentiroso? y a los signos de

enunciación o expresión que podemos encontrar como *En mi caso, yo pienso, Opino que*, encontramos la siguiente cita:

Después de que me casé fui mamá. Ya sé qué trancazo es lo que va a dar, pero aquí en mi casa eché los ocho (...) En este lugar, (...) un principio una vieja partera me cuidó de creo de cuatro, se murió la señora, mis dos hijos esos no, yo sola, con Dios, sola con Dios. (Dora, 2018, min 7:36)

Otro ejemplo que se logra encontrar en el video es cuando opina sobre el dolor durante el parto “al momento, cuando sienten de veras el dolor pa’l parto, llévame al doctor mejor, mejor me hubieras llevado. A mí es lo que no me gusta, la cobardía ¡Hay que ser valientes!” (Dora, 2018, min. 9:36).

En las tres citas anteriores se encuentran narrados diferentes momentos de la vida de Dora, su nacimiento, el nacimiento de sus hijos, así como su punto de vista sobre el comportamiento de las mujeres cuando tienen dolor durante el parto. El centro de todas las citas, es Dora, la emisora en el caso expuesto y encontramos expresiones que resaltan este punto como: *a mí es eso lo que no me gusta o, sé que trancazo es lo que va a dar.*

En segundo lugar, la función que aparece con menor frecuencia es la incitativa la cual tiene la intención de provocar la acción del receptor. Al respecto Zenaida, una de las parteras en Veracruz, animaba a las mujeres que querían tener un parto natural con ella a hablar en la clínica, levantar la voz cuando se comenzaron a prohibir en su municipio los partos en casa:

Me venían a ver -para tener parto natural y les decía-, si ustedes dicen y si ustedes quieren, su decisión es de ustedes. Yo no les voy a decir allá -clínica-, yo quiero atender a las mujeres. No, ustedes hablen. (Zenaida, 2018, min 10:52).

Con Atanasia se encuentra la posición sobre la desaparición de la partería:

Ya quisiera yo, que hubiera una compañía de parteras y fuéramos a ver el Peña ahorita que está o el otro que entró apenas porque dice uno, pus como ya cree que se va a perder, si eso ya viene antiguamente. (Atanasia, 2018, min 3:52)

En el ejemplo anterior Atanasia hace un llamado a la acción, a reunirse y aunque es ella la

emisora del mensaje, también se coloca como receptora pues se incluye en la acción, acudir a un encuentro con el expresidente Peña o el presidente actual.

En otra parte de su relato, Atanasia describe la forma en que se llevaba a cabo los partos en el temazcal y cada vez que entraba con una mujer decía “con su permiso de usted Doña Jacobita [su mamá] voy a bañar a esta enferma, no me la vaya usted a marear, no me la vaya usted a este vencer, dele usted fuerza para que para” (Atanasia, 2018, min 1:45).

De esta manera se ve reflejada también la función incitativa pues, aunque no es una acción física, Atanasia le pide a su mamá, Doña Jacobita, que cuide de la mujer en su trabajo de parto, que no la venza, al contrario, le de fuerza para que logre nacer su bebé. En este ejemplo y en otros similares a lo largo de la mayoría de los videos, el receptor es un ente no físico, un alma, espíritu o dios al cual le solicitan no hacer o hacer cosas que inciden en el trabajo de parto de las mujeres.

Para finalizar este apartado, a lo largo de los videos se encuentran otros tipos de funciones menos predominantes pero que apoyan la idea de Haidar (2006), de que los discursos son heterogéneos, diversos y por tanto, se encuentran prácticamente todas las funciones del lenguaje.

Como muestra de esto, hay una adaptación a la canción *Son del buscapiés* que fue escrita por el grupo veracruzano *Los Baxin* y hace referencia al parto. Esta música acompaña los cortometrajes de Zenaida y Axnela, parteras veracruzanas, así como apartados en la plataforma digital de la partería tradicional mexicana. La función poética puede verse con las rimas que se hacen presentes desde la presentación del son:

De los Tuxtlas en la cierra, en el pueblo del nopal, hay un grupo sin igual, que ha nacido con parteras. Por caminos y veredas los Baxin han compartido versos que son conocidos, cantan para las mujeres preservando sus saberes trayendo recién nacidos. (Tlazocamati producciones-audios Zenaida, 2018, min 0:15)

A continuación, presentamos los versos adaptados del son:

Parir es un sufrimiento que a la madre da dolor, cuando le brinda el creador nueva vida, nuevo aliento es el mágico momento en que brota un nuevo ser, cuyo llanto da entender que se ha adentrado en la vida esa semilla compartida del hombre con la mujer. Mi madre es una morena, morenito nació yo, de la sangre de sus venas, mi madre a mí me parió. En el vaivén del murmullo y hablando del porvenir, oí una vieja decir que la raíz del acuyo sirve para no parir. (min 2:38)

El nacimiento es un acontecimiento que se refleja también en otros espacios que van más allá de los del nacimiento, en este ejemplo se ve reflejada en un son, que además de usar rimas, también refleja los sentidos que en la época que fue escrita e interpretada, tenían sobre el nacimiento.

Aparatos ideológicos/hegemónicos

De acuerdo con la explicación planteada en el capítulo uno sobre los aparatos ideológicos hegemónicos y su caracterización, se puede mencionar que, por el tema de la investigación, el foco central se encuentra en un aparato ideológico no hegemónico que es la medicina tradicional mexicana dentro de la cual, se encuentra la partería y que no cuenta con una institución tan marcada y estructurada en nuestro país.

Dicho aparato, se encuentra formado por diversos colectivos, organizaciones no gubernamentales e investigadores de diversas áreas que hacen parte y acompañan las movilizaciones. Dentro de estas organizaciones se encuentra la Red Mexicana Autónoma de Médicos y Parteras Tradicionales, la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (área de mujeres y parteras), colectivo Kinal Antzetik, entre otras.

La partería tradicional mexicana, se encuentra en relación constante de tensión con los aparatos ideológicos hegemónicos médico-educativo que a través de la Secretaría de Salud y de la Educación Pública de nuestro país, por medio de normas, leyes y estatutos, regula y establece políticas de Estado para la prevención de enfermedades, atención y promoción de la salud, así como la enseñanza de la partería tradicional y su campo de acción.

Los microrrelatos de vida dan cuenta de dicha relación. Es la Secretaría de Salud que, siguiendo los acuerdos mundiales, comenzó a generar cursos de capacitación para que las parteras tradicionales hicieran bien su trabajo, evitando muertes maternas y no dejando ejercer a aquellas parteras que no los toman, regulando así, qué partera está apta para atender partos. En pocas palabras, aquellas parteras que implementan los conocimientos de la institución médica, que cambian el uso de tés por medicamentos, entre otras cosas, aquellas que replican la forma de atendimento hegemónico en el nacer, son quienes están autorizadas a seguir ejerciendo. Con Dora, se puede ejemplificar:

En 1962 fue que yo empecé a participar en los cursos. Entonces, en los cursos, allá nos prepararon para hacer mejor las cosas en los pueblos. Porque pues en realidad, en esa etapa que yo iba a darle servicio a los médicos, a atender las parteras más antiguas entonces me llevaban como médico y nunca les fallé. Siempre les ayudé porque yo llegaba, yo valoraba a la mujer y le digo todavía tienes tiempo de ir a descansar, tienes tu chocita y luego regresas. (Dora, 2018, min 3:47)

En la cita anterior se percibe que además de los cursos que recibían las parteras, en un momento del proceso de institucionalización del parto en hospital, las parteras trabajaron siendo parte del equipo médico y cuya función era entrar en contacto con parteras más antiguas para que tomaran los cursos, así como en el atendimento o valoración de las mujeres embarazadas. También, por parte de Dora, existía un sentimiento de responsabilidad y compromiso al mencionar que nunca les falló, al mismo tiempo reconoce que ella ayudó a los médicos, a la clínica. Esto último fue realizado con éxito, la inmersión de las clínicas y equipos médicos a las comunidades donde las parteras viven, gracias al rol clave que juegan éstas en su comunidad porque si ellas *estaban del lado de los médicos*, transmitía seguridad y confianza a las personas de su comunidad para que se acercaran.

Sobre las relaciones de contradicción que inciden en la producción discursiva de las instituciones de las cuales habla Haidar (2006), se reflejan en la cita de Zenaida, partera

veracruzana:

Pues hay médicos que te hablan a que como dicen, nosotros no somos es que de allá nos mandan. Hay otros que vienen, pero bien prendidos, es que ustedes tienen que hacer esto, es que ustedes esto, es que ustedes no pueden hacer esto, no todos (...) En las capacitaciones, hemos ido a Veracruz, es diferente, porque te dan gasa, cordón umbilical, de todo lo que uno ocupa, para que atienda partos. Entonces, ¿cómo estamos? Te dan para que atiendan y aquí para que no atiendas, entonces nomás te lo hacen como que no los tomes como malos a ellos no, pero luego ya viene la orden de que no. (Tlazocamati-podcast Zenaida, 2018, min 17:43)

Con la cita anterior, además de observar las contradicciones e incongruencias de las instituciones, se nota la relación jerárquica establecida con las parteras tradicionales que, aunque la institución reconoce su existencia y *respeto*, como lo muestra el artículo segundo de la Constitución sobre los pueblos originarios “Decidir sus formas internas de convivencia y organización social, económica, política y cultural (...) Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad” (Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, A: I y A: IV, p. 2).

En realidad, son las parteras tradicionales quienes reciben órdenes. Dicha dinámica junto con los discursos que rigen las prácticas semiótico-discursivas de las partes involucradas, van cercando y debilitando a aquellos que no cumplen con las normas establecidas para la concepción y práctica que tienen en torno al cuidado de la salud y en especial de las mujeres, con las formas de tratar el embarazo y el parto.

Se nota que el aparato ideológico hegemónico no prohíbe explícitamente la práctica de la partería tradicional pues, se generan espacios de diálogo entre ambos e incluso, la institución médica junto con el Estado a través de la Secretaría de Salud, cuenta con la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016 que habla sobre las pautas en la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, donde reconoce a la partera tradicional

como no profesional pero autorizada para llevar a cabo el parto siempre y cuando las parteras estén en constantes capacitaciones (Secretaría de Gobernación, 2016). En los videos del mapa interactivo se muestra que, en el diario ejercicio de su oficio, las parteras hablan de una prohibición de su labor pues *castigan* a las mujeres que parieron con ellas o a las parteras mismas, dificultando la obtención del certificado de nacimiento. Lo anterior, lo expresa Doña Negra:

Ya ahorita ya los médicos no aceptan a que una atiende partos (...) lo que pienso es que los mismos doctores están como desechando a uno (...) al menos yo atendí 50 años y nunca se me murió un niño. (Doña Negra, 2018, min 8:10 y 8:30)

Macro operaciones semiótico-discursivas

Siguiendo el cuadro contrastativo de Haidar (2006) que se encuentra en nuestro primer capítulo, una de las macro-operaciones semiótico-discursivas que se observa en los cortometrajes con mayor frecuencia es la narración donde las narradoras y personajes son las mismas parteras, el tema es la partería tradicional que es en realidad su experiencia a lo largo de su vida como parteras. Se puede ejemplificar con Tano cuando comparte las razones por las que dejó de ejercer como partero: “Dejé de atender partos cuando Gabriel entró al poder -2008-, desde entonces me dije que ya no atendería porque no tengo fuerzas y el trabajo podría salir mal” (Tano, 2018, min 2:01).

Por otro lado, se observa la descripción de su quehacer como parteras tradicionales tanto en la voz de las parteras, como en los videos pues se muestra, por ejemplo, los masajes que realizan a las embarazadas durante sus visitas mensuales, la forma en cómo se lleva el parto con sus ceremonias, el temazcal, lo que sucede con la placenta después de haber nacido, la interacción que existe con la familia durante el parto y después con celebraciones, entre otras cosas. Por ejemplo, en la próxima cita se muestra la receta que Zenaida conoce para desinflamar:

“el desinflamativo de las cinco plantas, también se hierva la cáscara de zapote prieto, el chicozapote, nanche, este, raíz de limón agrio, del criollo y raíz de coco. Pero bien, bien

buena esa medicina, para desinflamar, para limpiar los riñones, para muchas cosas”
(Zenaida podcast, 2018, min 5:50).

Oralidad/ Escritura / Visual / Posvisual

La plataforma en su conjunto, está compuesta del discurso oral ya que tiene una sección de podcast, visual-escrito por la sección de foto relatos, escrito por la sección del herbario, una guía de plantas medicinales con sus recetas y visual con sus micro relatos de vida. Cabe recordad que en esta investigación se le dio más peso a los micro relatos de vida, aunque también hacemos uso de las demás secciones del mapa interactivo.

Formalidad Informalidad

El material del mapa interactivo es informal pues se da en casa de las mismas parteras y utilizan un lenguaje cotidiano, de su día a día e incluso, demuestran su enojo y desacuerdo con groserías como Doña Negra al hablar de las dificultades que pasan con la obtención del certificado:

También anduve yendo hasta allá, hasta a Xochio regresé pa´ ca pa´ Zihuanpan. Chinguen a su madre, yo no vuelvo a atender ahora, aunque me necesiten. A poco no pagan ya después esos gastos, no ya no y hasta la fecha, se mete uno en problemas. (Doña Negra, 2018, min 7:40)

4.3 Las materialidades y funcionamientos semiótico-discursivas

De las materialidades que Haidar (2006), propone en su modelo, en la investigación se presenta la acústica, visual, sexto sentido, la del poder y la psicológica. Las materialidades más presentes dentro de la investigación son la acústica y visual por la naturaleza audiovisual de los micro relatos de vida. A través de éstas, se accede a otra realidad llena de realidades que en forma de imágenes y sonidos de los animales que crían, de los ríos, del viento y naturaleza del entorno que hacen parte, así como de ciertas canciones, expresiones y acentos en la forma de hablar, junto a la arquitectura de sus casas, van develando y configurando la vida de las parteras tradicionales mexicanas.

La autora, propone la materialidad del sexto sentido dentro de la cual posiciona aquellas experiencias que devienen de una dimensión parapsicológica como el tercer ojo con el hinduismo. En esta se encuentran los rezos, limpiezas, dones y sueños con los que algunas parteras se identifican, usan y practican. Dentro de esta materialidad se encuentra lo extrasensorial, aquella comunicación que las parteras mantienen con lo divino

Uno de los ejemplos que se puede mencionar es con Atanasia:

Soñaba yo que via yo harito niño que los tenía yo en mis manos. En mis manos los tenía yo así, los niños con sangre, pero no atendía yo partos, nomás veía yo los niños. Aquí lo tengo, este niño está bien sangriento y aquí lo tengo. (Atanasia, 2018, min 2:20).

Algunas de las parteras, mencionan que la forma en cómo aprendieron la partería fue a través de los sueños y en la cita anterior se puede observar cómo Atanasia explica como aprendió, sin nadie e incluso fue antes de que ella se convirtiera en partera.

En la materialidad del poder, se encuentran presentes todas las tensiones y relaciones entre una ideología hegemónica respaldada por toda la estructura institucional del Estado de nuestro país sobre la salud, con una ideología no hegemónica que corresponde a la medicina tradicional y a la partería.

En el análisis de las condiciones de producción, circulación y reproducción de los discursos, se expondrá su funcionamiento tomando como eje principal de reflexión, los procedimientos de exclusión, de control interno y las condiciones de utilización de los discursos de Foucault (2004).

La materialidad psicológica es otra demasiado presente en los videos ya que su origen son las entrevistas a profundidad de cada partera, dentro de las cuales preguntan su biografía, para tejer al mismo tiempo, la historia de la partería tradicional mexicana.

En ésta, se puede ver retratada la relación que las parteras entablan con las mujeres y los bebés al conocer los cuidados que tienen hacia ellos, sus prácticas, así como lo que para ellas significa ser parteras, que va más allá de desarrollar un trabajo, forma parte de su identidad.

Esta última forma, se encuentra con Atanasia, cuando comparte lo que para ella fueron los partos, el ser partera:

Pues para mí no fue nada delicado de los partos, nada. Para mí todo fue una alegría, un consuelo para mí de recibir los bebecitos que venían al mundo, yo no tenía yo miedo, yo nada yo hasta tenía yo gusto: ya atendí este niño, lo llamaba yo al niño, a la enferma la preparaba yo, bien contento, bien a gusto. No tuve ningún apuro de qué cosa, nunca, nada. (Atanasia, 2018, min 4:12).

Para Atanasia, los que recibía desarrollando su labor, no era únicamente dinero, también tenía consecuencias positivas para su estado emocional al sentirse alegre, en paz y con consuelo. Si la partera, la persona que cuida a la mujer gestante durante su embarazo y durante el parto, se siente de esta forma, beneficia la relación y la confianza que debe sentir la mujer en su entorno en esta etapa de su vida.

Sobre la relación que entablan con el bebé, se consigue mencionar a Dora, que cuando está haciendo un masaje, uno de los cuidados durante el pre parto que las parteras realizan, menciona: “por acá se carga más el bebé, pero entonces al negociar [que] quede en medio” (Dora, 2018, min 4:04).

Esa forma de referirse para mover al bebé no es autoritaria; es decir, no lo cosifica, sino que negocia con él. Mantiene una relación horizontal de persona a persona, lo dota de voluntad. Dora habla con la mamá, con el bebé, los conoce, utiliza sus manos y demás sentidos para conocer y saber por ejemplo, en qué posición se encuentra, hacia dónde se necesita mover, dónde se encuentra la pelvis de la mujer para saber si se encuentra encajado o no, entre otras cosas.

En torno a la relación que entabla con las mujeres también la genera de forma horizontal, donde escucha su voz, lo que considera mejor, las posiciones, momentos y voluntades durante el parto. Dentro de este tema se trae a colación una cita de Zenaida:

la placenta se queda con este y mientras esté adentro le vamos a masajear la panza a la

mujer y si no quiere, le pasas al bebé a que le chupe los pezones, si no ella que se lo empiece y masaje, masaje, masaje, si tarda mucho, un trapo caliente, le tiendes aquí en el útero (...) y entonces ya, va saliendo. (Zenaida-audios,2018, min 3:30)

De esta forma, Zenaida escucha a la mujer, antes de tomar previamente y de forma individual una decisión sobre la forma en cómo facilitar la salida de la placenta, le pregunta a la mamá lo que quiere y necesita. Existe un intercambio de comunicación durante todo el trabajo de parto y después.

4.4 Los sujetos y las prácticas semiótico-discursivas

Retomando lo expuesto en el primer capítulo de esta investigación sobre la categoría de sujeto complejo que Haidar (2006), construye desde la inter y transdisciplina, se ejemplifican los componentes con el proceso de aprendizaje de la partería tradicional que la mayoría de las parteras relatan haber tenido.

En diferentes momentos de su labor, aprendieron de otras parteras tradicionales más viejas, llamadas *abuelas* o antiguas, que tenían más experiencia y conocimiento sobre la gestación y el parto. Como lo menciona Dora, fue aprendiz de una: “*yo conviví con las parteras empíricas la verdad, yo era su niña, su chiquita de ellas, me adoraba esa gente*” (Dora, 2018, min 6:10).

Se aprecia con la cita pasada, que el elemento colectivo-individual está presente en el aprendizaje de la partería. La partera antigua o empírica, es quien transmitió todo el conocimiento-sabiduría colectiva presente desde épocas ancestrales sobre el nacimiento a Dora y es ésta, en su individualidad, que lo aprehende, modificando y reproduciendo dicho saber, de acuerdo a su contexto o experiencias vividas.

El carácter psicológico, el establecimiento de relaciones y lugares socioculturales, así como individuales se encuentran presentes en el lazo que se crea entre parteras y aprendices, surge una interacción que no se limita al aprendizaje práctico o técnico del nacimiento, se crean lazos cercanos como de madre-hija siguiendo con la cita de Dora, donde se rescata la memoria

cultural que posibilita tener actualmente estas otras formas de nacer. Se puede apreciar que los afectos y emociones toman un papel principal en el aprendizaje de la partería, desde donde se mantienen también los lazos comunitarios, las resistencias, los saberes y el sentido de comunidad, teniendo un impacto también colectivo; de ahí que el lugar que las parteras representan dentro de sus territorios sea importante ya que promueven el tejido comunitario, auxilian ante una emergencia a quienes lo necesitan.

A su vez, a nivel individual-psicológico, el cariño que Dora sintió con la partera empírica fue tanto, que utiliza el símil de la relación madre-hija, e incluso menciona que *era su chiquita*, esa persona que necesita ser guiada con amor, sutileza, paciencia. La adquisición del conocimiento con las parteras tradicionales se da por medio de la palabra y en el compartir diario, el compartir la experiencia y vivencia del parto, no existen libros, manuales o escuelas. Dicho conocimiento es un saber vivo pues se generan intercambios entre parteras del pueblo, de la región o incluso de otros estados y países.

También, Los elementos socio-cultural-histórico-políticos se advierten en la vida de las parteras y Tano. Se mencionó anteriormente que algunas aprendieron por una necesidad ya que el contexto en el que viven es de pobreza, los centros de salud no existían o eran lejanos y son comunidades indígenas. Dora y Rosita hablan maya, Caridad tzeltal y Tano mazateco; también, mantienen presentes culturalmente en su vida cotidiana costumbres como realizar tortillas de maíz en comal, las mujeres visten huipil, utilizan temazcales, desde donde reproducen y producen nuevos sentidos de la partería tradicional mexicana que genera su dinamismo y heterogeneidad.

Prácticas semiótico-discursivas

A lo largo de los micro relatos de vida, se diseñan aquellas prácticas centrales en la actividad que como parteras desarrollan. Para facilitar la exposición, se decidió presentarlas según su momento de aparición: durante la gestación, parto y posparto.

Atención durante la gestación

El espacio donde se brinda la atención es en casa de la gestante o en casa de la partera. Esto para comenzar, da un sentimiento de confianza pues se lleva a cabo en un lugar que les es conocido, con su familia.

Cuando una mujer va a verlas para saber si está embarazada, la forma en que calculan cuántos meses de gestación tiene es midiendo su panza con una cinta métrica, esto es conocido en obstetricia como *medición uterina*:

Con esto, aquí se da uno cuenta. Ella me está diciendo: tengo dos meses, pero en estas medidas no nos engañan: no, tú tienes tanto. Como dice que no sabe, le digo: tú tienes seis meses ya, si no los has cumplido, vas a cumplir seis meses porque estás midiendo 19 centímetros ya. Y ahí se le pone de aquí, se oprime y luego hasta donde termine la bolita -del hueso púbico al inicio de la panza-, eso es lo que, y ahí ya uno se da cuenta de cuántos meses son (Axnela, 2018, min, 2:51).

Figura 9. Axnela midiendo el fondo uterino



Tlazocamati producciones (2020)

Una atención común entre las parteras son los masajes o sobadas que siguiendo a Zenaida:

Vienen cada 15 días o cada mes y ya, así las empiezo a sobar. Ya cuando están en el último mes, les digo: mira, ya esta es la última vez que te sobo, espera entre este y este

otro día te vas a aliviar y la atienden en el hospital, pero se controla en el centro de salud.
(Zenaida, 2018, min 7:12)

Aunque es una práctica que las parteras comparten, existen ciertas diferencias como en el caso de Caridad. Por medio de su video, se percibe que antes de la sobada, comienza con una limpia con huevo que talla por todo el cuerpo de la mujer, empezando por la cabeza, junto con cantos en su lengua indígena y se escuchan algunas palabras en castellano como *Dios padre Jesús, bendición, partera*, así como el uso de algún tipo de alcohol que escupe en su cuerpo. Después, el huevo que fue usado se quiebra en un vaso con agua para saber qué energías tiene; en el video se muestra cuál es la lectura, aunque por el límite del idioma no se comprende y por último, Caridad comienza a auscultar la panza de la mamá para saber cómo está el bebé, escuchar la frecuencia cardiaca y acomodar al bebé (Caridad, 2018, min 1:32).

Figura 10. Caridad durante la limpia con el huevo y escupiendo alcohol



Tlazocamati producciones (2020)

Caridad es tanto partera como curandera y en su caso se puede percibir la importancia de la dimensión espiritual dentro del cuidado del parto. Según Aparicio (2009), la limpia

ayuda al bienestar general contemplando diferentes niveles: espiritual, físico, mental, emocional, energético. La utilización del huevo simboliza “la convergencia de los polos, positivo (panza) y negativo (extremos), lo dual. Algunos terapeutas populares recomiendan tapar los extremos (negativos) con los dedos y frotar con la panza (positiva), que absorbe la negatividad” (p.7). Se inicia con la cabeza, por donde entra esa mala energía, es la manera de reequilibrar a la persona.

Los rezos y oraciones que forman parte de la limpia sirven también para atender esos otros niveles más allá de lo físico. Dentro de los rezos y oraciones, se puede ver el sincretismo religioso existente entre el catolicismo y las tradiciones prehispánicas, se aprecia un ritmo o cadencia que se vuelve música, incide también en esta limpieza energética. Caridad a través de los mismos coloca la intención de que esta persona se limpie, sane, el bebé nazca bien y la mujer esté bien durante el parto. La dinámica del nacimiento que rige en la sociedad actual, se transforma por ejemplo con Caridad porque reconoce a la otra mujer, al bebé como otredad y pide por ellos.

Las plantas y animales, son el medio para entrar en contacto con dios o dioses, con esa fuerza o energía universal para que esa persona se encuentre bien y el nacimiento fluya sin ninguna perturbación. Este punto, también ayuda a que la partera esté confiante cuando revisa a la mujer o al bebé pues con la limpia, se reequilibra la energía de la mujer y en consecuencia, el bebé se beneficia.

Una vez más, se nota un continuum o una conexión más cercana entre la naturaleza y los seres humanos, en este caso las mujeres embarazadas constantemente se encuentran en contacto con plantas, baños, fuego, vaporizaciones, sahumaciones que traen un beneficio espiritual, físico, energético y emocional.

Atención durante el parto

Se decidió tomar el video relato de Caridad para ilustrar la forma de atención al parto que las parteras tradicionales mexicanas realizan pues se considera más completo y

comienza a partir del cuarto minuto de grabación (Caridad, 2018, min 4:00).

Es un parto en casa donde se muestra un altar con la virgen de Guadalupe y velas largas, así como dos velas con vasos de vidrio y un sahumerio. La mujer que va a parir, hace parte del ritual encendiendo las velas, persignándose; después Caridad comienza a orar de manera similar como cuando vio a la mujer previamente. Con las dos velas de vidrio, soba el estómago de la gestante y después comienza a sahumar el espacio, la cama, así como a la mujer.

El nacimiento se lleva a cabo en un ambiente privado que le genera confianza y seguridad a la mujer pues es su propia casa, se encuentra en compañía de su familia que está pendiente de ella. Un elemento principal, es la limpia energética del lugar por medio del sahumerio; sahumar el espacio, los objetos ya que no sólo las personas pueden tener energía que limpiar, los espacios y cosas, también guardan y precisan del reequilibrio energético.

Dentro de este ritual, la mujer gestante toma un rol activo pues ella es quien inicia con la limpia al encender las velas. Es ella quien brinda el fuego necesario para limpiar energéticamente, así como la fuerza y la valentía para que nazca su bebé, es ella quien otorga la luz para seguir el camino que la partera acompañará de la mano con ella, con la naturaleza, con el cosmos.

Después, sólo se escucha el llanto de un bebé y la escena de cómo se corta el cordón umbilical: está el cordón con dos hilos a algunos centímetros de distancia y corta en medio de estos con unas tijeras. El video no muestra cuánto tiempo después de que la bebé nació corta o cómo es que desinfecta las tijeras, por ejemplo. El hecho de no contar con esta información, no quiere decir que no lo haga. Después muestra cómo le da baño a la bebé, introduce su dedo índice izquierdo en la boca para limpiarla, quitar algún trozo de membrana que quedó (Caridad, 2018, min 5:07).

La forma de cortar el cordón umbilical muestra una apropiación del conocimiento médico

por la partera tradicional pues ésta, solía cortarlo con fuego o con algún otro elemento que simbolizara la conexión con la naturaleza y ahora ocupan el hilo de algodón y tijeras que forman parte del material médico.

Figura 11. Caridad sahumando el cuarto y a la mujer en trabajo de parto



Tlazocamati producciones (2020)

Figura 12. Mujer gestante con papel activo en ritual



Tlazocamati producciones (2020)

La influencia social y cultural del contexto en donde cada partera tradicional vive generan

diferencias en la atención del parto que brindan. Por ejemplo, Dora de Campeche, suele utilizar la hamaca y Tano junto con Atanasia suelen usar el temazcal.

Figura 13. Dora simulando parto en Hamaca



Tlazocamati producciones (2020)

Atención durante el posparto

Una de las características de la medicina tradicional mexicana es concebir la salud como un equilibrio de energías entre dualidades u opuestos como lo frío–caliente, abierto–cerrado. El momento del parto se considera un momento caliente, donde el cuerpo de la mujer se abre no sólo física sino energéticamente para que se dé el parto. El posparto es un momento frío y donde se realiza el cierre del cuerpo en un ritual que puede incluir un baño con diferentes hierbas, masaje o sobada, así como cerrar el cuerpo de la mujer con un rebozo, pasando por las principales articulaciones del cuerpo: cuello, hombros, codos, cadera, rodillas y tobillos donde entre otras cosas, se le da un cierre a dicha experiencia (A. Calderón, comunicación personal, 2020).

Dentro del video de Rosita, se advierte de qué forma se da dicho cierre de cuerpo, el cual se muestra en las siguientes imágenes.

Figura 14. Hija de Rosita iniciando el cierre de cuerpo



Tlazocamati producciones (2020)

Figura 15. Cierre de cuerpo en rodillas



Tlazocamati producciones (2020)

Figura 16. Finalizando cierre de cuerpo



Tlazocamati producciones (2020)

Dicho cierre de cuerpo a nivel físico hace un acomodo de huesos, a nivel emocional genera de nuevo sensación de contención al apretar diferentes articulaciones, a nivel espiritual equilibra la energía y su objetivo principal es ayudar a que el cuerpo regrese a su estado anterior al parto (A. Calderón, comunicación personal, 2021).

De acuerdo con Botteri y Bochar (2019), el rebozo simboliza las manos de la madre, así como la de la abuela que cuida y protege a sus descendientes. Si se piensa en el uso del rebozo dentro del cierre del cuerpo, se puede interpretar que es esta madre, abuela, este linaje materno que está acompañando a la mujer con todo este amor, energía y fuerza a cerrar el ciclo del nacimiento, ayuda a acomodar la experiencia en el plano físico, emocional, espiritual y cognitivo.

Esta fuerza en realidad se presenta a lo largo de todo el proceso de gestación, parto y posparto, es un continuum que tiene inicios y finales. A manera de explicación, se logra mencionar que un inicio de este continuum es el momento del nacimiento de una bebé que, con el paso del tiempo, se convertirá en madre y en su posparto, esta experiencia del nacimiento finaliza con el cierre de cuerpo y este proceso se repetirá con su

descendencia si son mujeres, es una forma de espiral descendente.

Otro de las prácticas que realizan son los baños con temazcal y Tano explica muy bien cuál era la forma en que lo realizaba con las mujeres que daban a luz:

Si hoy dio a luz una mujer, a los cuatro días empieza a bañarse en el baño del temazcal.

Son mínimo cuatro baños que se dan después del parto. Lo que usaba para cortar el cordón umbilical era carrizo y si no había con una navaja de rasurar. Yo mismo construía el temazcal cuando la familia de la embarazada no sabía hacerlo. (Tano-foto relato, 2018)

4.5 Condiciones de producción, de circulación y de recepción semiótico-discursivas

Condiciones de posibilidad de emergencia de los discursos semiosis

Para Foucault (2004), la generación de los discursos se encuentra sometida a procesos encargados de controlar, aminorar o eliminar aquellos discursos-sentidos que pongan en peligro el status quo. Dichos procesos generan una forma particular de generación, circulación y reproducción de los mismos.

A fin de conocer mejor la trama de los sentidos sobre la labor de las parteras tradicionales en la gestación y nacimiento, se analizará siguiendo la propuesta de Foucault, los procedimientos de exclusión, de control interno y de las condiciones de utilización que se encuentran en los discursos para conseguir trazar la forma de producción-circulación y reproducción de sus prácticas semiótico-discursivas.

Cabe señalar que el análisis en este apartado, siempre toma en cuenta la contraparte, el discurso hegemónico de la Institución médica pues es considerando esta realidad, que la posibilidad de los discursos de las parteras emerge.

Procedimientos de exclusión

Lo prohibido

Dentro de lo prohibido se encuentran los mecanismos del tabú del objeto, el ritual de la circunstancia y el derecho exclusivo o privilegiado del sujeto que habla que se explican con mayor detenimiento a continuación.

En el procedimiento del tabú del objeto se encuentra aquello que se silencia del objeto semiótico-discursivo, es lo que se prohíbe en ciertos grados de la experiencia del parto con parteras tradicionales mexicanas ¿Qué es lo que se silencia en los micro relatos de las parteras tradicionales que se analizaron? (Haidar, 2006).

Recordando a Foucault (2004), “Uno sabe (...) que no se puede hablar de todo en cualquier circunstancia, que cualquiera, en fin, no puede hablar de cualquier cosa” (p.14).

Antes de comenzar a analizar, se considera importante mencionar que el material con el que se eligió trabajar como todo discurso, tiene sus límites e intenciones. Fueron dos los propósitos que las investigadoras persiguieron al realizar el mapa interactivo “salvaguardar los conocimientos tradicionales para el cuidado de la vida y la urgencia de difundir la problemática actual que atraviesa el oficio” (Álvarez y Ortega, 2020, p.5).

Los cortometrajes documentales utilizados en esta investigación fueron fruto de entrevistas a profundidad que las investigadoras realizaron, así que sus preguntas, encaminadas a los dos objetivos anteriores, fungen como primeros límites con los que el discurso de las parteras tradicionales se encuentra.

El tabú del objeto puede ser analizado desde varias perspectivas, una de ellas es que los micro relatos muestran aquello que es excluido de la institución hegemónica, del tabú de la medicina. Como menciona Haidar (2006), en la taxonomía de los silencios, dentro de los discursos de las parteras podemos encontrar momentos donde comparten sus emociones y sentires en torno a su labor; a lo místico representado por el don, lo espiritual, las limpias; la contemplación al tener paciencia por el proceso fisiológico durante el parto; las resistencias también.

Al respecto del don Atanasia (2018), partera y curandera del Estado de México menciona: “El don que tengo ni el mejor doctor me lo puede quitar, los espíritus me enseñaron a trabajar porque aquí en el mundo nadie me enseñó, a mí me enseñaron por medio de los sueños a curar” (foto relato).

Hablar sobre la posibilidad de poder aprender a ser partera a través de espíritus, o nacer con una cualidad diferente al saber cómo atender partos, es tabú dentro de la medicina pues es por medio de la ciencia y el estudio en las universidades que se forman y se es médico. No puede existir otra forma de aprendizaje verdadero que no sea el que se sustente en la ciencia occidental y en las formas de las universidades de medicina. No se nace sabiendo curar o atender partos, se tiene que estudiar para eso.

En torno a las emociones, Axnela (2018) de San Andrés Tuxtla, Veracruz, platicando sobre su experiencia como partera, ayudando a su cuñada con sus tres hijos: “hasta ahí le eché la mano, la ayudaba, pero no crea con miedo, con miedo porque yo oía que era penado que se muriera un niño, una señora, pero gracias a Dios nunca pasó nada” (min 2:33).

Hablar abiertamente de las emociones que experimentan los médicos al atender un parto es vetado o silenciado; también, es impensable que consigan compartir este momento con mujeres que son sus familiares pues las emociones pueden interferir su trabajo. Una de las bases de la ciencia clásica es la visión cartesiana, sobre la cual, la medicina y su enseñanza se erige. En ésta, existe una separación cuerpo-mente así que las emociones son independientes al cuerpo y por tanto, pueden interferir en el tratamiento.

La paciencia y la espiritualidad pueden encontrarse en todos los micro relatos de vida, una de las citas que más expone esto es con Tano, partero de Oaxaca:

Si había dificultades yo cuidaba a las parturientas durante 3 días y las metía al temazcal.

Nunca me daba cuenta si el bebé tenía don, el temazcal se calentaba y yo sólo rezaba, no pasaba nada más, el bebé iba saliendo poco a poco”. (Tano, 2018, 5:07).

Por último, la resistencia es recurrente en los discursos de las parteras tradicionales pues se dan cuenta de su persecución, las consecuencias que es la desaparición de su oficio y el dejar de ejercer atendiendo partos. En palabras de Micaela Icó, de Chiapas:

Que haiga respeto, que haiga así respeto tanto sus saberes de ellos, sus saberes de

tradicional. Que haiga libre, las pacientes que entran, el cuerpo cómo quiere, cómo pide. Que haiga más ramas, frutos, para sembrar de nuevo, así como nuevas generaciones, los que quieran como dice Doña Margarita. (Margarita, 2018, min 8:00)

Micaela es responsable del área de mujeres y parteras de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), que desde 1985 se opone y resiste a la medicalización de la vida. En esta organización, alrededor de 54 parteras de diferentes zonas del estado de Chiapas, se han encargado del intercambio de conocimientos y saberes por medio de talleres en las comunidades, propician el encuentro y diálogo de diversas parteras para compartir y pensar en conjunto su quehacer y la partería. Estos intercambios, surgieron en oposición a los cursos que ofrece la Secretaría de Salud ya que lo hacen desde una manera dialógica y horizontal, sin imponer formas de concebir y actuar en el acompañamiento del parto, teniendo como base los mismos valores culturales.

Por otro lado, como se comentó al principio de este apartado, debido a los objetivos perseguidos en las entrevistas a profundidad, quedaron de lado o fueron tratados superficialmente algunos aspectos que forman parte también del quehacer, así como de la vida cotidiana de las parteras como: las interrupciones de embarazos o abortos dentro de sus contextos, los conocimientos que tienen sobre métodos anticonceptivos con alguna planta por ejemplo, el valor que cobran por sus servicios, conocer de manera más profunda su proceso de aprendizaje al compartir con otras parteras tradicionales y el fallecimiento de mujeres o recién nacidos.

Sobre este último aspecto, de las parteras entrevistadas, sólo Zenaida y Doña Negra de Veracruz, hablaron de este tema tabú:

Mi nieta también se murió, eso quién sabe ahí, quien sabe qué pasó (...) en el hospital. Según la doctora que ya estaba, que cuando llegó ya iba muerta. Se le hacía la chamaca para arriba y para abajo que la pobre quería salir, pero como la tienen para allá y pa' ca.

(Doña Negra podcast, 2018, min.8:35).

Doña Zenaida recordó la muerte reciente de una bebé en el hospital. Mencionó que ahora como ya no les permiten atender partos, ellas ya no intervienen en ninguna situación, para no tener futuros problemas con los médicos de la clínica que prohíben. Ella mencionó:

Entonces yo le dije a la mamá de esta Ximena, llévatela le digo, eran las 4 de la tarde, le digo llévatela y usted cree que también ellos no se la llevaron a las 4 de la tarde, se la llevaron hasta la noche, como a las 10 de la noche dicen, ahí sí ya no sé qué pasó.

(Zenaida podcast, 2018, min 10:43).

En las citas anteriores, se observa que las muertes han existido y siguen existiendo en los nacimientos. La institución médica prohíbe que las parteras sin cursos atiendan pues, consideran que influyen para elevar el porcentaje de muertes maternas y neonatales, así que prefieren que no tengan contacto con las mujeres y la instrucción es enviar a toda mujer que llegue con ellas a que se atiendan en la clínica sus prenatales y el parto sea en el hospital.

En la última cita, se logra ver que las parteras como forma de protección ante el miedo e inseguridad que sienten por las represalias que pueden tener al ejercer su labor, donde el miedo mayor es terminar en la cárcel, deciden dejar de atender y cuando existe alguna muerte materna o neonatal, los médicos y enfermeras les echan la culpa por no haber atendido o checado a la mujer.

Tanto para la institución médica como para las parteras, la muerte es un tema tabú y aunque no se puede silenciar del todo, lo que se silencia son las causas de dichas muertes, para la institución médica detentora del poder, es la atención de las parteras que influyen en estas muertes. Para las parteras, es el hecho de no conseguir atender a las mujeres como solían hacerlo y el atendimento diferenciado e incluso castigado para aquellas mujeres que llegan al hospital por una emergencia y no acudieron al hospital desde el principio. Como en todo fenómeno social, existen múltiples causas para la

muerte materna confluyendo dentro de los que se pueden encontrar: el miedo de la mujer y su familia de ir al hospital para el nacimiento de sus hijos, la discriminación y violencia obstétrica que viven las mujeres dentro de los hospitales por ser diferente, por haber querido tener el nacimiento en casa, las condiciones del contexto en el que viven: si tienen medio de transporte, distancias alejadas, caminos inaccesibles o de difícil acceso a las comunidades o casas de las personas, costumbres, creencias y más.

Una cita que ejemplifica la complejidad del párrafo anterior es Zenaida, conversando sobre la muerte de una bebé reciente:

Pues ya yo no la toqué y ahora fue el problema porque no la chequé, que por qué no la chequé y que si no, no hubiera pasado (...) recuerden que nosotras ya no las tocamos, no las tocamos ya, dicen que no que ya para qué vamos a meter las manos ¿no?, ya que vayan allá. (Zenaida podcast, 2018, 10:03)

Por último, también, como analizante, se encontró otro silencio discursivo. La falta de comprensión en diferentes momentos de los micro relatos de vida por no saber la lengua indígena de la partera que hablaba ya que no había traducción de todos los momentos. Un ejemplo es en el micro relato de Caridad (2018), que a lo largo de esto cuando llega una mujer gestante a su casa y la revisa, o cuando están enterrando la placenta de un bebé que nació, o cuando se encuentra realizando una limpia a una niña. Dificultad con las lenguas indígenas de x número de videos en video de Caridad porque no hablo tzeltal fue silencio para mí porque no hubo traducción y también se pierde mucho en la traducción, no se tienen las mismas palabras o no se describe de la misma forma, cambiando mi percepción (Caridad, 2018, min 1:30)

Sobre el procedimiento del ritual de la circunstancia, Foucault menciona: “el ritual define la cualificación que deben poseer los individuos que hablan (...), define los gestos, los comportamientos, las circunstancias y todo [un] conjunto de signos que deben acompañar los discursos” (2004, p. 41).

Para analizar este procedimiento de exclusión, es necesario generar una comparación entre el discurso y todo lo que éste envuelve de las parteras tradicionales sobre el nacimiento, y aquél que le corresponde a su contrario-incluyente, la medicina.

El punto de partida recordando un poco lo que se habló en el apartado anterior, el discurso de las parteras y Tano, ocupa el espacio de lo silenciado para el poder-saber hegemónico, la institución médica.

La manera en cómo las parteras hablan de su quehacer, de su trabajo, de su conocimiento, dista mucho de la forma o rituales de circunstancia del que lo hacen los médicos obstetras o enfermeras obstétricas. Éstos lo hacen desde su casa, cocinando, mostrando a sus animales, sentadas en espacios como la cocina, patio, entrada de su casa, no desde una institución o espacio arquitectónico que forma parte del dispositivo de poder como los hospitales, clínicas, o auditorios. También lo hacen con la ropa que suelen usar diariamente, con el mandil, o huipiles, no con un atuendo o elemento como la bata blanca impecable.

Aunado a esto, hacen uso de una conversación informal, en su lengua indígena o hablando español en algunos casos *mal hablado*, con errores, a diferencia de los médicos que hablan de su labor usando tecnicismos, con lenguaje formal y usando español.

Figura 17. Zenaida conversando y limpiando pescado



Tlazocamati producciones (2020)

Figura 18. Rosita barriendo en entrevista



Tlazocamati producciones (2020)

Sobre el procedimiento del derecho exclusivo o privilegiado, fueron las investigadoras que tuvieron interés en recoger las voces de las parteras tradicionales, para eso viajaron por varios estados del país; por medio de su investigación y la plataforma, les otorgaron un lugar o espacio para hablar.

A partir de este momento, las parteras hacen valer su derecho como sujetos para hablar de sí, de sus circunstancias, conocimientos y preocupaciones, de su pasado, presente y futuro. La emergencia de su discurso constituye una lucha y resistencia contra un poder que controla la producción discursiva en el ámbito del nacimiento y la reproducción, el poder médico.

A través de la plataforma que se generó con los discursos y más materiales, se les da voz, ocupan incluso un espacio digital, donde ésta puede tener más peso. Aquellas voces silenciadas, rompen fronteras y muestran la vigencia de su trabajo en lo digital, sin embargo, no dejan de lado los espacios comunes para reproducir su discurso, la televisión, radios, asambleas comunitarias, entre otras.

Las autoras querían transmitir el conocimiento oral de las parteras de forma interactiva y también digital. En sus palabras “decidimos construir un proyecto interactivo en el que la partería se pudiera sentir, escuchar, ver, experimentar, leer y aprehender de distintas maneras y a través de materiales audiovisuales diversos” (Álvarez y Ortega, 2020, p.5).

Exclusión razón/locura: separación y rechazo

Otro de los principios de exclusión es el de razón/locura y a diferencia de querer prohibir, la intención que persigue de acuerdo con Foucault (2004), es la de separar y rechazar eso diferente.

Al diferenciar razón de locura, se crea automáticamente una separación. El análisis de esta investigación no contiene dicho principio pues en ningún momento, el poder hegemónico rechaza a la partería tradicional mexicana, muestra de dicho reconocimiento se puede ver en discursos oficiales, así como en la implementación de los cursos, muchas

veces repetidos en los micro relatos de las parteras y Tano.

Exclusión verdad/falsedad

La última exclusión es aquella de **verdad/falsedad** que de acuerdo con Haidar (2006): “la voluntad de verdad y la voluntad de saber establecen las formas prácticas del saber en una sociedad: cómo es valorizado, distribuido, repartido y en cierta forma atribuido” (p. 190).

Al respecto, el discurso de la partería tradicional mexicana, representado por las parteras tradicionales en los micro relatos de vida, ocupan el espacio de la falsedad, o de aquello que no es completamente cierto. La medicina detenta la verdad que ha sido configurada con el paso del tiempo al colocar su conocimiento y práctica por encima de otras prácticas, creando sus propios métodos, catalogando enfermedades y sus remedios, constituyendo la noción de salud como ausencia de enfermedad, medicalizando la vida, patologizando la gestación y nacimiento como lo tratamos de manera más profunda en el capítulo tres de la presente investigación.

Su voluntad de verdad también se basa de la educación formal al volverse ésta, la única manera de obtener conocimientos y respuestas sobre el proceso de salud-enfermedad de los seres humanos por medio de artículos científicos, experimentos, investigaciones, esta voluntad de verdad se va actualizando, va caminando para continuar existiendo, colocando atención en aquellos discursos y grupos que rechazan o cuestionan su verdad. Es de esta forma que entra la partería tradicional mexicana, parte de la medicina tradicional cuyos orígenes, concepciones y procedimientos son otros y aunque podemos encontrar, en diversos espacios e incluso leyes de nuestro país que la institución médica como parte del Estado, está abierta al diálogo y *lucha* por el reconocimiento, e incluso defiende a la medicina tradicional -partería tradicional-, por otro lado, está prohibiendo su práctica y condiciendo a un etnocidio, a su desaparición.

Procedimientos de control interno

Este otro procedimiento de delimitación discursiva, recibe este nombre pues es desde el interior de los discursos que los mismos realizan un autocontrol con intención de *dominar* otro aspecto del discurso, el azar (Foucault, 2004).

Principio de clasificación

De acuerdo con Haidar (2006), el comentario disminuye la impredecibilidad futura del discurso por medio de una identidad “que tendría la forma de la repetición y de lo mismo” (p.191).

De acuerdo con Foucault (2004), el mecanismo del comentario es permitir decir algo más, algo nuevo, criticar el discurso fundante siempre nombrándolo para que así, su dominación persista, no se pierda u olvide, que continúe su reproducción. Con el paso del tiempo, dichos discursos van tomando importancia y alcances relacionados a los poderes que los sustentan. Como se ha mantenido en este análisis, un discurso fundante es aquél cuyas consecuencias o efectos son percibidos en los micro relatos de vida de las parteras tradicionales, la ciencia médica quien, junto con el Estado y su aparato educativo, colonizan la ideología de la sociedad hasta el día de hoy.

En un espacio alternativo, el discurso de la partería tradicional mexicana, cuenta con un discurso fundante que se ha venido transformando y que sigue la filosofía de las variadas culturas indígenas de nuestro país. Una de las características es su naturaleza oral que resalta por sobre otros tipos de discursos como el pictórico con los códices. Al respecto Haidar (2006), reconoce como una limitante de los discursos fundantes el hecho de que únicamente se aceptan aquellos discursos escritos de la cultura de Occidente.

Lo anterior, limita que el aprendizaje y transmisión de conocimientos de la partería tradicional, no sea considerada como ciencia o del mismo valor para opinar del nacimiento pues su manera de aprender, en la práctica con las parteras, así como su transmisión de conocimiento, no están acompañadas de evidencia científica.

El discurso fundante de la partería tradicional fue tanto oral como pictórico y surgió en

épocas prehispánicas. Con el pasar del tiempo, se han realizado comentarios de diferentes matices que han ido conformando la partería tradicional mexicana que se conoce hoy. Cabe mencionar que dichos comentarios, en su mayoría están fuera del tipo escrito, la oralidad sigue manteniendo un uso elevado y es aquí donde la ideología hegemónica con sus instituciones, no reconoce su vigencia o verosimilitud porque parten de puntos, formas y configuraciones diferentes al que la hegemonía maneja.

De ahí, la necesidad de elegir para el desarrollo de esta investigación una perspectiva decolonial que permite reconocer la vigencia y verosimilitud del conocimiento de la partería tradicional mexicana en nuestra actualidad.

Por otro lado, se puede mencionar que este trabajo es un comentario de un discurso fundante sobre la partería tradicional que tiene como intención, siguiendo lo escrito anteriormente sobre Foucault (2004), no olvidar o perder a la partería tradicional mexicana, que continúe por medio del dispositivo de la memoria, hablándose de ella y ejerciendo. Como se trató en el tercer capítulo al hablar de decolonialidad con Maldonado-Torres (2016), se intenta establecer y reforzar aquellos lazos entre las esferas que la modernidad separó, que repercutan e influyan en las formas de ser, pensar, actuar sobre el nacimiento y la partería tradicional mexicana.

Principio de ordenación

En este principio se habla del autor “como principio de agrupación del discurso, como foco de su coherencia” (Haidar 2006, p. 192). Es por medio del yo, de la individualidad donde se limita el poder excluyendo al anonimato y no se desarrolla de la misma forma en los diversos campos pues para algunos como en la medicina o literatura, son fundamentales.

En este caso, se pueden ubicar los micro relatos de vida que van dibujando las prácticas y sentidos de la partería tradicional como el espacio o momento de transición entre el autor y el anonimato pues una partera más vieja, sea esta parte de su familia o no, es

quien transmite todo su conocimiento vía oral, así como por medio de la práctica a la persona que quiere ser partera y al mismo tiempo, esa partera maestra, tiene un reconocimiento social dentro de su comunidad para ejercer el rol y la labor como partera pues es quien ha apoyado en el parto de las mujeres.

Ahora, esas parteras aprendices están siendo o serán reconocidas en las comunidades como parteras, pero las nuevas generaciones de personas en las comunidades, habrán olvidado a la partera maestra si ella fallece y sus coetáneos también. Así, ella pasará al anonimato pero su conocimiento no, ahora será la partera aprendiz, la portadora de dicho saber con las transformaciones y mudanzas que su contexto y situaciones le vayan demandando.

Se puede colocar de ejemplo la conversación entre Zenaida y Doña Negra cuando menciona Zenaida que doña Cornelia le enseñó, Doña Negra la recuerda, pero las nuevas generaciones no la recuerdan (Zenaida, 2018, min 2:52).

Lo expuesto en los párrafos anteriores, no son una regla pues una partera fallecida, pudo haber hecho o hablado alguna cosa que haya quedado en la memoria de la comunidad y ésta la recuerde o se escuche hablar de ella.

Principio de disciplinas

Este punto no aplica pues la partería tradicional mexicana no cumple con los requisitos para ser considerada disciplina. De nuevo, es la medicina quien los cumple e incluso Foucault la ocupa como un ejemplo al exponer este principio en su obra *El orden del discurso*.

Procedimientos de control de las condiciones de utilización

La intención de este procedimiento es “imponer a los individuos que los dicen cierto número de reglas y no permitir de esta forma el acceso a ellos a todo el mundo” (Foucault, 2004, p. 39).

Ritualización del habla

La manera en que hablan las parteras en general, se puede decir que es de forma más espontánea que la de los médicos o enfermeras, sus gestos son menos controlados y generan más expresiones manuales, mímicas, existen risas. Como se mencionó anteriormente, su discurso está inserto en su vida cotidiana, en su casa ya sea lavando los trastes, caminando en el río, cocinando, trabajando en el molino, yendo a visitar a las mujeres embarazadas, entre otros espacios. Su entonación oscila más que en las partes donde aparecen las dos enfermeras, libres de uniforme, maquillaje, lentes.

Las sociedades del discurso

El objetivo que tienen es generar la reproducción del discurso para su conservación y por ende, su espacio es cerrado, más en secreto y el intercambio de éste se reduce a un grupo reducido que cumpla con ciertas características. Ejemplo de lo anterior son los tecnicismos que son elemento fundamental en el discurso médico. Por medio de los cursos que se les dio a las parteras, se apropian de algunos de ellos, dándoles también otro rango o respaldando el conocimiento que tienen, porque saben usar dichos términos. En los micro relatos de vida, encontramos los siguientes: hemorragias, parturienta, urgencias, etc.

Lo anterior se refleja con Zenaida cuando comparte que las personas de su comunidad, lo que prefieren es tener el nacimiento de sus hijos en las casas y utiliza el término parturienta: “La gente lo que prefiere es aquí, porque pues ahí está el esposo, la suegra, la mamá, están acompañando a la parturienta ¿no?” (Zenaida, 2018, min 2:11).

Adecuación social del discurso

La educación es el ejemplo que colocan pues es una forma política de mantener o modificar las reglas y normas que se adecuen mejor a las circunstancias para mantener el estatus quo, los poderes y saberes (Haidar, 2006, p.195).

Como se señaló con mayor detalle en el capítulo tres de la investigación, en el proceso

histórico de la medicalización de la vida, la universidad jugó un papel importante para que la medicina abarcara más espacio dentro de la vida de la sociedad.

Actualmente, además de la universidad o el sistema de salud del Estado, se encuentran también los medios masivos de comunicación y hoy por hoy, la internet junto con las redes sociales y sus plataformas.

Es por medio de los famosos cursos proporcionados por la secretaría de salud que las parteras integran y se apropian del discurso médico. Cabe mencionar que el ejercicio de poder y coerción es mayor porque los cursos son obligatorios ya que, si no los toman, no consiguen seguir laborando como parteras.

Dichos cursos no son hechos contemplando la diversidad cultural, la lengua y la forma de aprendizaje que las parteras tradicionales dominan o les es familiar; además, usan muchas veces tecnicismos, su discurso lo siguen manteniendo cerrado.

La relación discurso-semiosis-coyuntura

De acuerdo con Haidar (2006), la coyuntura de los discursos se refleja de varias formas. La primera, abarca aquellos tabúes o censuras, cosas que no se pueden decir, hasta aquella imposición de uso de palabras, frases o sintagmas, usadas por diversos grupos en tensión.

Cabe mencionar que este análisis de coyuntura no puede notarse a simple vista, se necesita analizar los aparatos hegemónicos, así como su discurso-semiosis utilizados, ya que dichas prácticas semióticas-discursivas son normadas socialmente y giran en torno a intereses del Estado, del estatus quo (Robin en Haidar, 2006).

Para dibujar la coyuntura en la cual se dan las producciones de discursos de las parteras tradicionales mexicanas, se comenzará exponiendo de forma breve, algunos cambios que normas, leyes y protocolos han sufrido en torno a la salud, orquestada por la institución hegemónica de Salud de México, teniendo implicaciones en la forma de atención del parto y del ejercicio de la partería tradicional mexicana.

Como se expuso en el tercer capítulo, existen organismos internacionales que generan

acuerdos para abordar toda situación con relación a la salud en general y sobre la gestación, parto y puerperio en particular, siendo la OMS y la OPS las más importantes. México, está adscrito a todos los acuerdos que éstas producen y por la misma razón, para lograr las metas que se establecen como la reducción de la muerte materna en el país, se crean políticas y normas dentro del sistema de salud para su atendimento.

Después de la Revolución, el país continuó con el modelo de familia que existía en el porfiriato pues de esta forma, la nación conseguía tener ciudadanos con calidad tanto moral y física que reconstituiera la prosperidad económica y el bienestar social de México. En aras de cumplir con el objetivo, se generaron políticas de salud donde se persuadía a las madres para que sus partos fueran atendidos por médicos y no con parteras tradicionales debido a su ignorancia, a las condiciones insalubres que aumentaba la mortalidad infantil. Como se dieron cuenta que no consiguieron eliminar la labor de la partera tradicional, decidieron en 1945 otorgar un certificado para acreditar que las parteras tuvieran conocimientos para el ejercicio de su labor (Rosado, 2018).

La autora considera que una de las razones por la cual no consiguieron erradicar el ejercicio de la partería tradicional, fue debido a la actuación social que ésta desarrollaba pues su papel no se limitaba a brindar atención en el momento del parto, también acompañaba a las mujeres durante su menstruación, contracepción e incluso abortos. Se puede decir que existía una relación demasiado estrecha entre ellas, una complicidad y al mismo tiempo, esta partería también resistió todo el proceso de la revolución mexicana -aunado a que también podían tener una relación estrecha por pertenecer a la misma comunidad o ser familia-.

En los puntos anteriores, también se puede ver reflejado toda la dinámica o relación desigual entre géneros, la cual se abordó con mayor detenimiento en el capítulo dos, ya que los médicos hombres, con cobijo del Estado, constituyó una élite desde la cual ordenaba aquellos límites y formas que las parteras tradicionales tenían que aceptar, que subordinarse sin opción a apelación ya que eran pertenecientes a una clase social baja que únicamente hacían parte del

imaginario de la élite como ignorantes, insalubres, peligrosas.

La adscripción en 1945 de la partería al Reglamento de Profesiones nacional y la necesidad de contar con un título otorgado por cualquier organismo educativo autorizado, prueba de qué manera la institución educativa es una aliada clave en el camino que señala la ideología hegemónica ya que éstas, las universidades, fungen como espacios de circulación y reproducción de las prácticas discursivas-semióticas que el Estado señala. A través de la historia de la enseñanza de medicina y enfermería, se perciben estas modificaciones en las dinámicas, así como en los planes de estudio que fueron cambiando conforme las políticas públicas fueron necesitando.

La enseñanza de la partería profesional existió en nuestro país hasta 1968 ya que, con el surgimiento de la especialidad en ginecología dentro de Medicina, fueron éstos, los ginecobstetras quienes se encargaban de todo lo tocante a la gestación, parto y posparto (Pérez y Castañeda, 2012).

Un tipo de políticas que ayudan a revelar el andamiaje de los mecanismos que controlan y *atentan* contra la partería tradicional en nuestro país, son las políticas sanitarias que tienen que ver con la integración de la partería indígena. Al respecto Araya (2021), resalta que en un primer momento, de percibir a las parteras y por ende a la partería tradicional, como un elemento que había que eliminar, expandiendo el modelo médico hegemónico, haciendo llegar instituciones médicas y atención médica encaminada a los indígenas entre 1950 a 1970 aproximadamente, se pasó a reconocer un país multicultural -antes era mestizo-, donde las parteras y médicos tradicionales, de nuevo ganaban reconocimiento de sus labores porque al Estado le significaba una cobertura médica de muy bajo costo y además, la responsabilidad sobre la salud correspondía exclusivamente a las comunidades indígenas.

En el caso de Dora se observa el segundo momento, cuando el país se reconoce como multicultural y comienzan a ganar de nuevo reconocimiento por su oficio “En 1962 fue que yo empecé a participar en los cursos. Entonces, en los cursos, allá nos prepararon para hacer mejor

las cosas en los pueblos” (Dora-podcast, 2018, min 3:47). De esta forma, se reconocía su conocimiento pero se necesitaba occidentalizarlo, insertando en sus prácticas las formas de atender el parto que la institución médica decía.

Con Tano, se percibe la relación que tenía con la institución médica, él nunca se capacitó o tomó cursos, pero sí estuvo trabajando de la mano con ellos e incluso ésta, le pedía atender partos:

En ocasiones las enfermeras mandaban algunas parturientas con él debido a la carga de trabajo de la clínica. Tiene buena relación con los médicos, dice que los de Huautla le agradecen por su trabajo, por su labor porque pues es un beneficio para ellos atender a muchas embarazadas. (Tano-audio, 2018, min4:16)

La autora continúa mencionando que de esa forma emergieron los intentos de unión o integración entre el sistema de salud y el sistema de la partería tradicional, e incluso, hubo un respaldo y apoyo financiero por parte del gobierno para crear diversas asociaciones de médicos y parteras tradicionales para tener representación médica de bajo costo entre 1979-1997.

Cabe mencionar que al mismo tiempo, surgían reglamentaciones donde condicionaban las prácticas de la medicina tradicional como por ejemplo la Ley de Salud de Chiapas en 1990, y la Norma Oficial de Salud NOM-007, en 1993, donde las parteras tradicionales para ser auxiliares, debían también ser previamente capacitadas por la Secretaría de Salud.

En la siguiente cita, Caridad comparte cómo fue que comenzó a ir a los cursos:

La señora la fue a entregar a la clínica su bebé y la enfermera me mandó citar, me llamó aquí en la clínica y ahí me llegó a hacer unas preguntas, me dijo que cómo fue el parto que atendí, que si yo sé atender, le dije que sí, dio de alta mi nombre, ahí empecé a escuchar pláticas, yo no quería entrar ahí, me daban miedo los doctores. (Dora-foto relato, 2018)

Aquí se advierte la forma en que operó en algún momento el registro de la capacitación. Una mujer que atendió durante el parto, llevó a su bebé a la clínica y al saber que se atendió con

una partera, la llamaron, anotaron su nombre y así comenzó a ir a las pláticas con un sentimiento de miedo, debido a que el mundo de los médicos y las clínicas son ajenas a las costumbres, al mundo de las parteras indígenas.

A partir del 2003, el Estado se deslindó de la salud como responsabilidad social pues el sector privado lucraría con la atención médica, esto fue posible por una reforma en materia de salud donde se presentaba las normas de financiamiento para que aquella población que no contara con acceso a salud, ahora lo hiciera, generando que las parteras sólo sirvieran como elemento para que las mujeres de su comunidad hicieran uso del centro de salud para todos los temas referentes a su sexualidad y reproducción dentro del que se encuentra la atención de su embarazo y parto (Araya, 2021).

Se encuentran algunos espacios dentro de los micro relatos donde hablaron enfermeras sobre su opinión con lo que acontecía con las parteras tradicionales y los cursos que se muestran a continuación:

Para que no haya complicaciones, como aquí se les capacita para valorar el riesgo, a ellas se les dice que mejor de preferencia pues las envíen al hospital, pero en sí nuestras parteras sí han atendido partos. Que se les da a conocer quiénes son las embarazadas de alto riesgo y algo llega a pasar pues ya eso va sobre ellas no, sobre su responsabilidad. (Reyna en Zenaida, 2018, min10:12)

En esta cita, se nota cómo en la práctica, se les responsabiliza por cualquier situación que pueda suceder con la mujer y con su bebé durante el parto, conciben que con la capacitación que reciben, están completamente preparadas, sin considerar otros aspectos que pueden influir en alguna emergencia o muerte materno-fetal como las distancias entre la clínica y el municipio donde viven, su capacidad económica para contar con auto propio y dinero para pagar uno, así como la imposibilidad que existe para que una ambulancia llegue a ciertos municipios a tiempo.

En esta otra, podemos percibir que no sólo existen prácticas y discursos dirigidos a las parteras tradicionales, también los hay encaminados a las mujeres gestantes de las cuales, las

instituciones de salud así como sus trabajadores o representantes, discriminan y menosprecian: “Sinceramente aquí la unidad médica, ahorita que las embarazaditas vienen, se les ha estado metiendo, o sea, orientando para que mejor, para mayor seguridad, este su parto sea atendido por el hospital civil” (Reyna en Zenaida, 2018, min 11:02).

El lenguaje no verbal que acompaña la frase “se les ha estado metiendo”, que mencionó la enfermera, fue de llevarse ambas manos a la altura de los oídos girando los dedos índices en círculo, expresión cotidiana que las personas realizamos para decir que alguien está loco. Así con el discurso tanto verbal como no verbal, despoja a la mujer de toda capacidad de decisión pues este “se les ha estado metiendo a la cabeza”, muestra el proceso de implantación de parte de la ideología hegemónica a las mujeres de las comunidades.

Todas las modificaciones y cambios dentro del sistema de salud expuestos hasta ahora, se hacen presentes de una u otra forma en las vidas de las parteras tradicionales de México y por consecuencia, aparecen en momentos dentro de los micro relatos de vida que analizamos, pues lo que describimos arriba, fueron los cimientos u orígenes de las modificaciones actuales:

La partería tradicional se ha visto más obstaculizada que nunca: los cursos de capacitación para parteras tradicionales, la profesionalización de la partería, la dificultad de acceso a certificados de nacimiento y la ejecución de programas gubernamentales de apoyo económico, como Oportunidades y Prospera, que coaccionan a las mujeres a parir en clínicas y hospitales, han limitado casi por completo el campo de acción de las parteras en territorio nacional. (Álvarez y Ortega, 2021)

Lo anterior, también se ejemplifica con diversas citas que se encuentran dentro de los micro relatos de vida, como en el caso de la hija de Rosita que hace masajes a las mujeres gestantes o cierra de cuerpo en el posparto pero no atiende partos, cuando el equipo le preguntó que por qué no atendía partos, esto compartió:

No, yo no, eso sí no (...) porque no sé, no nos permite la ley, no nos permite la ley. Ahora desde dos meses anda con doctor así con sus papeles, ya cuando te vas a aliviar ya no

tienes nada que pagar tanto. Pero si namás, así te alivias con partera, tiene que ir la partera y tiene que firmar y tiene problemas ¡ay! mejor así, dejamos así, ya no podemos. Ya ahora nadie atiende, nadie aquí en este pueblo atiende. (Rosa, 2018, min 4:20)

También, en el micro relato de Zenaida se ve de qué forma conforme pasó el tiempo, se ha limitado su labor como partera:

Ahorita ya no, ahorita es mucho lío; no, ya no se puede, pero es eso, ya no quieren que uno atienda (...) Entonces por eso, ya nosotros con las parteras ya no quieren porque si se alivian en la casa... El año pasado les pusieron un castigo, este que no les huellaban porque las mamás se quedaron a la casa. Hasta se la pueden hacer a uno fácil, de que te meten hasta la cárcel porque ellos son los poderosos no. Sí porque ya te lo están diciendo, si haces esto ya sabes para donde vas. (Zenaida y Doña Negra, 2018, min 9:06)

En el micro relato de Zenaida se encuentra un poco más la noción sobre la ubicación temporal de los sucesos “El año pasado fue la más dura ya, porque ahí ya, pararon todo. De que prohibieron fue hace como cinco años, pero todavía las mujeres pues este, me venían a ver” (Zenaida y Doña Negra, 2018, min 10:40). Ellas recuerdan que desde el 2013 aproximadamente, les prohibieron a las parteras tradicionales asistir partos, pero todavía existían mujeres que seguían yendo con ellas y en consecuencia, las atendían pero a partir del 2017, la persecución fue mayor al punto de parar todo.

Para continuar entendiendo la prohibición y eliminación de la partería, las cifras que da Reyna, la enfermera que fue entrevistada en el estado de Zenaida y Doña Negra, ayuda a notar que se ha dado de forma paulatina, que conforme avanza el tiempo, los partos atendidos por las parteras tradicionales han disminuido: “En el 2014 88, 2015 66, 2016 54, 2017 36, y hasta ahorita 2018, llevamos 12 partos por parte de las parteras” (Reyna en Zenaida, 2018, min 11:40).

Con todas estas amenazas y mecanismos existentes para eliminar la partería, existen parteras y grupos de parteras que se oponen firmemente a todos los mecanismos con los que cuenta el Estado. Margarita de Chenalhó, Chiapas junto con Micaela Icó, son ejemplo de esto:

“Yo no quiero curso, no lo necesito. Yo siento cómo viene el bebé, cómo está acomodado, si está atravesado o en mala posición, cómo viene su cabeza, yo sé todo eso, yo no necesito curso” (Margarita, 2018, min 4:12). No le ve algún beneficio de cursar el curso para poder trabajar, Margarita hace alusión a que ella ocupa sus sentidos, siente cómo viene sin necesidad de un ultrasonido.

Además de oponerse a asistir cursos, generan nuevas formas y unión entre parteras para combatir la muerte materna, situación por la que se les ha culpado desde el periodo del posporfiriato en México. Ellas forman parte del grupo de parteras de la OMIECH (Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas), desde donde implementan a partir de un modelo pedagógico, talleres desde hace 38 años, con toda la planeación y coherencia cultural que se necesita para seguir capacitándose, compartiendo formas de resolver situaciones, siempre desde un diálogo horizontal con el objetivo de mejorar su labor:

Me he sentido bien en las reuniones que hemos tenido con ustedes en donde compartimos las parteras, mostramos cómo atendemos, cómo recibimos al bebé, todo eso me parecía muy bien, cómo compartíamos en los encuentros. Así hemos enriquecido nuestros conocimientos en la atención del parto. Aunque yo ya no voy a parir tengo hijas y nueras a quien les atiendo su parto. (Candelaria en Yo no quiero curso, 2019, min 16:49)

Capítulo V. Conclusión

El presente trabajo tuvo como objetivo principal, conocer los sentidos de la experiencia de parto con parteras tradicionales mexicanas a través de sus voces, recuperadas principalmente de ocho micro relatos de vida que forman parte del Mapa interactivo de la partería tradicional mexicana, realizada por el colectivo Tlazocamati producciones (2020). En dichos cortometrajes, se muestra parte de la vida diaria de Dora y Rosita de Campeche, Atanasia del Estado de México, Zenaida, Doña Negra y Axnela de Veracruz, Caridad y Margarita de Chiapas, junto con Tano, el único hombre partero de Oaxaca.

Con la intención de contextualizar el fenómeno de investigación, el parto con parteras tradicionales mexicanas, se decidió iniciar realizando un recorrido histórico para identificar los cambios existentes en el rol de las parteras de acuerdo a la época en que vivieron como en la prehistoria y edad media ,por ejemplo; las formas de dar a luz donde los espacios, posiciones y herramientas cambiaban, así como para evidenciar el parteaguas que el dominio del hombre sobre la mujer, el capitalismo y el surgimiento de la medicina, tuvieron en la configuración de la forma de nacer que se tiene hoy en día (Federici, 2010).

Como parte del contexto, se consideró también importante, mostrar el proceso de cientifización de la sociedad, la relevancia que la ciencia adquirió para su estructura y organización, obteniendo un papel de detentora de la verdad absoluta (Kuhn, 1971; Feyerabend, s.f.), que siendo uno de los pilares del aparato ideológico hegemónico, posibilitó la medicalización de la sociedad, de todos sus procesos y etapas de la vida (Illich, 1975).

La medicalización en torno al nacimiento, se llevó a cabo al concebirlo como una patología y al utilizar el concepto de riesgo, aunado a la labor de los organismos internacionales reguladores que, por medio de mecanismos como protocolos de conducta, normas de salud, autorización de ciertos profesionales, entre otros, compusieron los aparatos burocráticos del Estado, que controlaron y continúan controlando tanto cuerpos como comunidades.

En dicho escenario, el papel que las parteras tradicionales ocuparon y continúan ocupando es el de subordinación, ya que dichos organismos reconocen su trabajo debido a la legitimación social que tienen dentro de sus comunidades, hacen uso de esto para instalarse en las mismas, ganar confianza de sus integrantes y después, reglamentar o prohibir la labor de las parteras tradicionales.

Dentro de este orden de cosas, se encuentran conflictos y tensiones con otras formas de conocimiento que la ciencia junto con el aparato ideológico hegemónico, no reconocen como válidos lo cual promueve el epistemicidio. La medicina tradicional mexicana en general y la partería tradicional en particular, se encuentran dentro de dichos conocimientos inaceptables.

Fue desde este lugar que se eligió una postura decolonial dentro de la investigación que le diera sustento, validez e importancia a la partería tradicional mexicana al reconocer su historia, conocimiento, métodos y prácticas que continúan realizándose en la actualidad que benefician tanto a la gestante como a su bebé en la experiencia del parto y además, se encuentran en coherencia con las tradiciones, culturas e identidades de diferentes comunidades, en su mayoría relegadas u olvidadas en diferentes estados de México y en América Latina. También, dentro de esta línea, se quiso visibilizar la resistencia que ha marcado y continúa marcando su caminar.

A partir del Modelo semiótico-discursivo transdisciplinario de Haidar (2006), se consiguió un acercamiento y descripción de las prácticas semiótico-discursivas que conforman la experiencia del parto con parteras tradicionales mexicanas y el entramado de sentidos que se encuentran en éstas. A continuación, se presentan los descubrimientos más relevantes del análisis.

La partería tradicional que se aprecia a través de las historias de las parteras y Tano, es una partería tradicional indígena poscolombina; es decir, cuenta con raíces prehispánicas junto con la mezcla de los conocimientos de momentos históricos diferentes como la partería europea, africana y actualmente, los conocimientos obstétricos (Lavin, 2021).

Debido a las diferencias existentes dentro de los espacios, contextos, tradiciones, cultura y día a día dentro de la vida cotidiana de las parteras entrevistadas, se puede hablar de múltiples parterías tradicionales mexicanas, ya que cuentan con el conocimiento de plantas, minerales y animales con características medicinales, pero suelen cambiar especies y formas de uso, así como la utilización o no del temazcal, de la hamaca, los elementos para cortar el cordón umbilical como tijeras, carrizo o fuego; dar a comer un pedazo de la placenta a la mujer o enterrarla en la cocina de la casa para que el bebé mantenga arraigo al territorio, comunidad y tradiciones; rituales que acompañan el nacimiento como limpiezas, uso de velas, preparaciones de tés o el papel de sus familiares dentro del nacimiento.

Desde los postulados tanto de la Transdisciplina como de la Teoría de la complejidad y

con base en el análisis, se descubrieron diferentes relaciones dialógicas recursivas en el contexto de vida de las parteras tradicionales como lo rural-urbano, la cultura indígena y la cultura occidental, el conocimiento médico-conocimiento ancestral, que en conjunto conforman el bucle de la partería tradicional mexicana. Dicho bucle contiene los procesos de autoorganización y autoproducción pues su caminar no depende de agentes externos, son los mismos elementos inmersos en las relaciones dialógicas discursivas que van generando el dinamismo de dicho bucle.

Se concibe que las parteras tradicionales mexicanas, cuentan con un modelo de atención a la mujer integral y continuo ya que su atención abarca las diferentes etapas de su ciclo reproductivo a lo largo de su vida -la menstruación en caso de tener algún problema como quiste, amenorrea por ejemplo, gestación, nacimiento, menopausia e incluso la anticoncepción, abortos o infertilidad- y lo hace contemplando el nivel de realidad de lo biológico, junto con los fenómenos psíquicos, el de lo social, energético y las experiencias filosófico-religiosas.

De esta manera, se puede concebir una unidad compleja o unitax multiplex, donde existe el todo conformado por las etapas del ciclo reproductivo en la vida de las mujeres, lleno de diversidad por la individualidad de cada mujer, de cada partera y de su entorno. Una parte de esta unidad compleja es la atención del parto, que a su vez, forma otra unidad compleja y se encuentra en relación constante con todas las demás; por ejemplo, la atención del parto, se encuentra relacionada con la atención dada dentro de la gestación o embarazo.

Se considera que la experiencia del parto con parteras tradicionales, es de naturaleza integral ya que su conocimiento se encuentra arraigado a la filosofía y prácticas de vida ancestrales de los pueblos indígenas donde la conexión con la naturaleza, así como la concepción de mundo interrelacionada de forma recursiva y dialógica, son elementos principales como la importancia del principio de dualidad en el cuerpo con su lado masculino y femenino, la concepción del parto como experiencia caliente y del posparto como experiencia fría.

Por esta misma razón, la concepción del ser humano, de la mujer gestante, del bebé y de

sí mismas que tienen las parteras tradicionales es de carácter complejo ya que, incluyen las dimensión física, sociocultural, psicológica y espiritual cuya relación se evidencia en sus prácticas semiótico-discursivas dentro de su labor como partera, así como en su vida cotidiana. Como ejemplo se puede recordar que Margarita prendía velas por cada bebé que recibía y dejaba que se consumieran para que vieran o supieran que había nacido, que no fueran días cortos los que llevara su existencia (Margarita, 2018, min 6:50).

Un elemento que se encuentra muy presente es la atención que brindan a nivel emocional pues además de la relación continua que se tiene a lo largo de todo el embarazo, la cercanía por vivir en el mismo territorio, su lazo se vuelve más profundo ya que comparten el mismo sistema de creencias, pertenecen a la misma cultura y otro factor fundamental es que el ser partera, va más allá de un trabajo, forma parte de su identidad y es concebido como un don o un regalo divino, lo cual hace que su desempeño y acercamiento con la mujer y el bebé sea más cercano, intenso y profundo.

Por estas razones, se piensa que la partería tradicional mexicana y las parteras tradicionales en nuestra sociedad, desempeñan un papel muy importante ya que permiten desmedicalizar y despatologizar la gestación y el nacimiento, al devolverle el protagonismo de la gestación, del nacimiento a la mujer, así como el relacionamiento y comunicación con el bebé antes de nacer. Crean un vínculo horizontal, de respeto, confianza y amor, que beneficia la experiencia que tanto bebé como mujer tienen en el nacimiento.

Se concibe la atención del parto desde la partería tradicional mexicana, alejada de la violencia obstétrica y, aunque el Estado, por medio de sus instituciones de salud, aliados de las dinámicas capitalistas del sistema mundo, continúa regulando y limitando su acción con el fomento de la formación en partería profesional -situación que a través de los discursos de las parteras se pudo notar con la disminución de partos atendidos por ellas, y de la renuncia voluntaria a su labor por miedo de tener problemas legales-, sus prácticas mantienen una coherencia mayor a las nociones de parto positivo y de nacimiento humanizado.

Se quiere resaltar que, uno de los temas más recurrentes a los que se hizo alusión a lo largo del trabajo, fueron las relaciones de género, construcciones históricas marcadas por la desigualdad cuyas estructuras se mantienen en la mayoría de los casos hasta hoy y no sólo se perciben en la vida de las parteras, se aprecia también con los médicos y las mujeres gestantes; en realidad la desigualdad de género va más allá del tema del nacimiento, se encuentra presente en todas las dinámicas sociales, mantenidas por la estructura social y reproducidas en los micro espacios como en nuestra vida cotidiana.

Por último, se menciona que esta investigación auxilió en la construcción de un panorama general sobre la situación actual que la partería tradicional mexicana vive en el país y el análisis generado por el modelo elegido, sirvió para abarcar la labor de las parteras tradicionales mexicanas y sus prácticas semiótico-discursivas desde una perspectiva más amplia, descubriendo las diversas dinámicas y tensiones existentes en su desarrollo, los múltiples mecanismos involucrados y sus influencias dentro del mundo de la partería.

También, se pudo reconocer que, a lo largo de la historia del nacimiento, han existido resquicios donde los mecanismos reguladores del status quo no lograron llegar, y son en éstos que las resistencias se mantuvieron creando sus propios espacios que permitieron conservar otras maneras de nacer, otras posibilidades de relacionarse.

Es dentro de las resistencias actuales donde la partería tradicional mexicana desarrollada en comunidades indígenas, por mujeres indígenas, sigue existiendo y brindando otras formas de nacer, otras formas de existencia.

Referencias

- Alcántara, B. (2000). Miquizpan. El momento del parto, un momento de muerte. Prácticas alrededor del embarazo y parto entre nahuas y mayas del Posclásico. *Estudios Mesoamericanos*, 2, 37-48.
- Álvarez, D. y Ortega, L. (2020). Miradas sobre la partería tradicional mexicana: el documental interactivo como metodología interdisciplinaria para la documentación y transmisión de saberes. *Revista de antropología visual*, 28, 1-20.
- Aparicio, A. (2009). La limpia en las etnomedicinas mesoamericanas. *Gazeta de Antropología*, (25) 1, 1-20.
- Araya, M. (2021). Políticas modeladoras hacia la partería indígena en el sureste mexicano. En *Las parteras tradicionales en América Latina. Cambios y continuidades ante un etnocidio programado*. (1° ed., pp. 145-164). Luscinia C.E.
- Área de mujeres y parteras OMIECH (2020, 21 de noviembre). Yo no quiero curso. Parteras Tradicionales de Chiapas en resistencia. [video]. YouTube. ["Yo no quiero curso"](#).
[Parteras Tradicionales de Chiapas en resistencia - YouTube](#)
- Argüello-Avendaño, H. y Mateo-González, A. (2014, julio-diciembre). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. En: *Liminar, Estudios Sociales y Humanísticos*, 12(2), 13-29.
- Arsuaga, J. (2012). *El primer viaje de nuestra vida*. Ediciones Temas de Hoy: Madrid.
- Bermúdez de Castro, J.M. y Bermúdez de Castro, E. (2017). *Pequeños pasos. Creciendo desde la prehistoria*. Crítica.
- Botteri, E. y Bochar, J. (2019). Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México). *Alteridades*, 29 (57), 125-135.
- Caballero, C. (2014). She will give birth immediately. Pregnancy and childbirth in medieval

- Hebrew medical texts produced in the Mediterranean West. En *Revista Dynamis*. 377-401.
- (2016). Fertilidad, embarazo y atención al parto durante la Edad Media. En *Revista Investigación y Ciencia*. 473, 50-51.
- Chauvet, E. (2018). El renacimiento do parto 2. [Netflix](#)
- Campiglia, M. (2017). Erosionar la institución. En *Nueva Antropología*, 86(30), 54-77.
Asociación Nueva Antropología A.C.
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. En *Sociedad, salud y sociedad – Revista Latinoamericana*, 24, 43-68.
- Centro Internacional de Investigaciones y Estudios Transdisciplinarios. (1994). Carta Transdisciplinaria. [Charte de la Transdisciplinarité \(ciret-transdisciplinarity.org\)](#)
- Conde, F. (2011). *Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico* [manuscrito no publicado]. Academia de Ciencias e ingenierías de Lanzarote, España.
- Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (2004). *Pueblo de maíz. La cocina ancestral de México. Ritos, ceremonias y prácticas culturales de la cocina de los mexicanos*. CONACULTA [expediente técnico] [pueblo_maiz.pdf \(cultura.gob.mx\)](#)
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2021). Artículo 2º. La nación mexicana es única e indivisible, A: I y IV. [Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos \(diputados.gob.mx\)](#)
- Danner, F. (2010). O Sentido da Biopolítica em Michel Foucault. *Revista Estudos Filosóficos*, 4, 143-157.
- De Azevedo, E. (presentadora) (2020, 20 de octubre). Liberem a dieta! [episodio de podcast]. En *Panela de impressão*. Spotify.
<https://open.spotify.com/episode/0I4K0rQTQVR3hNRob6pCwT?si=LB8OT0JoqnWGJU4HNpxMxw>

- De Carvalho, M. (2002). O renascimento do parto e do amor. *Estudos feministas* 10 (2), 521-523.
- De la Sierra, M. (2011). Mujer y medicina en la antigüedad clásica: la figura de la partera y los inicios de la ginecología occidental. *Revista Educação e fronteiras*, 13 (24), 45-60.
- De la Torre, R. y Gutiérrez, C. (2016). El temazcal: un ritual pre-hispánico transculturalizado por redes alternativas espirituales. *Ciencias sociales y Religión*, 18 (24), 153-172.
- Díaz, E. (2003, mayo-agosto). Efectos socioculturales del desarrollo tecnocientífico. En *Estudios Sociológicos*, 62(21), 445-461.
<https://estudiossociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/566>
- Dunsworth, H. y Leah Eccleston, L. (2015). The Evolution of Difficult Childbirth and Helpless Hominin Infants. *The Annual Review of Anthropology*. 44, 55-69.
- Duval, F., González, F. y Rabia, G. (2010). *Neurobiología del estrés*. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48 (4), 307-318.
- Faget, M. y Capasso, A. (2016). *La partería en México*. Mc Artur Foundation.
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de Sueños: Madrid.
- Feyerabend, P. (1985). Cómo defender a la sociedad contra la ciencia. *En Revoluciones Científicas* (pp. 294-314). Fondo de Cultura Económica-México.
- Fonseca, C., et al. (2016). Incidence and associated factors with traumatic childbirth in postpartum Brazilian Woman. *En Summa Psicológica UST*, 13 (2), 5-12.
- Foucault, M. (2004). *El orden del discurso*. Tusquets
- Gaudenzi, P. y Ortega, F. (2012, enero-marzo), O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *En Interface: comunicação, saúde e educação*, 40 (16), 21-34.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (2021). Violencia obstétrica.

<https://qire.org.mx/violencia-obstetrica/>

Gutiérrez, B. (2015). Las mujeres y la medicina en la Edad Media y Primer Renacimiento.

Revista Cuadernos del Centro de Estudios Medievales y Renacentistas, 23, 121-135.

Haidar, J. (2006). *Debate CU-Rectoría. Torbellino pasional de los argumentos*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Heller, A. (1977). *Sociología de la vida cotidiana*. Ediciones Península.

Henriques, T., Leite, C., Reichenheim, M., Lobato, G., Silva, E. y Vasconcelos, I., (2015). Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. En *Cadernos de Saúde Pública*, 31(12), 2523-2534.

Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral.

INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía]. (2020, 22 de septiembre). *Características de los nacimientos registrados en México durante 2019*. [Comunicado de prensa] [NantosRegistrados2019.docx \(live.com\)](#)

INEGI (2020). Panorama sociodemográfico de México. Censo de población y vivienda 2020. Campeche. INEGI

Panorama sociodemográfico de México. Censo de población y vivienda 2020.

Chiapas. INEGI

Panorama sociodemográfico de México. Censo de población y vivienda 2020.

Estado de México. INEGI

Panorama sociodemográfico de México. Censo de población y vivienda 2020.

Veracruz. INEGI

Panorama sociodemográfico de México. Censo de población y vivienda 2020.

Oaxaca. INEGI

Instituto Mexicano del Seguro Social (2022, 11 de marzo). IMSS-Bienestar.

<http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>

Instituto Nacional de Salud Pública (26 de agosto de 2020). La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer. <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

Instituto de Salud para el Bienestar (2022, 11 de marzo) ¿Qué hacemos? <https://www.gob.mx/insabi/que-hacemos>

International Confederation of Midwives (2021, 20 de marzo). Definiciones de la ICM. Definición de matrona. [Definiciones de la ICM \(internationalmidwives.org\)](http://www.internationalmidwives.org)

Jarman, J. (2020). Dar a luz en México bajo la sombra del covid. *The New York Times* [Dar a luz en México bajo la sombra del covid - The New York Times \(nytimes.com\)](https://www.nytimes.com)

Jaulin, R. (2021). Etnocidio: acto de la destrucción de una civilización. En *Las parteras tradicionales en América Latina. Cambios y continuidades ante un etnocidio programado*. (1° ed., pp. 9-20). Luscinia C.E.

Johansson, P. (2006). Mocihuaquetzqueh ¿Mujeres divinas o mujeres siniestras? *Estudios De Cultura Náhuatl*, 37, 193-230.

Kuhn, T. (1971). *La estructura de las Revoluciones Científicas*. Fondo de Cultura Económica-México.

La leche league International (2021, 7 de abril). Día Mundial de la Salud 2021: Mejorar las prácticas mundiales de lactancia materna <https://www.lli.org/dia-mundial-de-la-salud-2021-mejorar-las-practicas-mundiales-de-lactancia-materna/>

León-Portilla, M. (2006). *La filosofía náhuatl. Estudiada en sus fuentes*. Universidad Nacional Autónoma de México.

López-Austin, A. (2000). *Textos de medicina náhuatl*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Lugones, M. y Ramírez, M. (2012). El parto em diferentes posiciones a través de la ciencia, historia y cultura. Cuba. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 38 (1), 134-145.

Maldonado-Torres, N. (2016). Transdisciplinaridade e decolonialidade. En *Revista*

Sociedade e Estado, 31(1).

Martín-Baró, I., Blanco A. y De la Corte L. (2003). *Poder, ideología y violencia*. Trota.

Martín, D. (2016, julio) ¿Existe otro planeta en el sistema solar? ¿Cómo ves? Revista de divulgación de la ciencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, 212 (18), 8-12. <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/212/existe-otro-planeta-en-el-sistema-solar>

Mignolo, W. (2007). El pensamiento decolonial: desprendimiento y apertura. Un manifiesto. En *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. (pp. 25-46). Siglo del hombre editores.

Ministério da Saúde (2010). Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais. O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Editora do Ministério da Saúde: Brasília.

Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. UNESCO. (2006). *El método 5. La humanidad de la humanidad. La identidad humana*. Catedra. (2008). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.

Nicolescu, B. (1996). *La Transdisciplinariedad. Manifiesto*. Ediciones Du Rocher.

Ochoa, O. (2020). Recuerdos a la orilla del lago. La recursividad memoria-olvido en la defensa del territorio en Atenco, Texcoco y Chimalhuacán. [tesis de doctorado, Escuela Nacional de Antropología e Historia]. Repositorio institucional ENAH.

Olza, I. (2013, 5 de abril). Las secuelas de la violencia obstétrica. [Las secuelas de la violencia obstétrica - Ibone Olza](#)

OMS (1981). La partera tradicional en siete países. Ejemplos prácticos de utilización y adiestramiento. [WHO_PHP_75_spa.pdf](#)

(1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica.

(2018). Proyecto de 13º programa general de trabajo, 2019-2023. Recuperado de

- https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-sp.pdf?ua=1
- (2020). Definición de salud: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
- (s.f.). Países. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/countries>
- Organización Panamericana de la Salud (2019). Recomendaciones de la OMS.
- Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.
- Ortiz, A. et al. (2018) ¿Qué es la decolonialidad? En *Decolonialidad de la educación. Emergencia / urgencia de una pedagogía decolonial*. (pp. 37-76). Unimagdalena.
- Panotto, N. (2020). Descolonizar el saber: el pensamiento-otro como estrategia epistémica sociopolítica. En *Pensar distinto, pensar decolonial*. El perro y la rana, p. 45-46.
- Pérez, I. y Castañeda, C. (2012, 3 de julio). Antecedentes históricos de las parteras en México. [ENFERMERIA AVANZA: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS PARTERAS EN MÉXICO \(enfeps.blogspot.com\)](http://enfep.blogspot.com)
- Prigogine, I. (2009) ¿Tan solo una ilusión? Una exploración del caos al orden. Tusquets.
- Puic Unam. (2020, 30 de noviembre). *La partería en la Nueva España*. [video]. YouTube.
- [La Partería en la Nueva España - YouTube](https://www.youtube.com/watch?v=...)
- Ravelo, I. (2016). Estudio historiográfico sobre el arte de las parteras en la Nueva España. UNAM [Tesis Digital](https://tesis.unam.mx/)
- Reboul, O. (1986). *Lenguaje e ideología*. Fondo de Cultura Económica.
- Robin, R. (1973). Discurso político y coyuntura En *L'analyse du discours*, Centre Educatif et Culturel [Traducción al español no publicada].
- Rosado, A. (2018). De la práctica a la reglamentación: la partería frente al discurso médico en México, 1931-1945. En *Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación* (pp. 26-39). CIESAS.
- Sánchez-Antonio, J. C. (2021). Genealogía de la comunalidad indígena: Descolonialidad, transmodernidad y diálogos inter-civilizatorios. Latin American

- Research Review. 56(3), pp. 696–710. DOI: <https://doi.org/10.25222/larr.839>
- Secretaría de Gobernación (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. [NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida \(www.gob.mx\)](https://www.gob.mx/normas-actos/norma-oficial-mexicana-nom-007-ssa2-2016-para-la-atencion-de-la-mujer-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-y-de-la-persona-recien-nacida)
- Sedano, M., Sedano, C. y Sedano, R. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25 (6), 866-873.
- Sevilla, A. (2018). La partería tradicional: saberes y prácticas en riesgo. Secretaría de Cultura, México.
- Sevilla, R., Zalles, L. y Santa Cruz, W. (2011). Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal en el Par Madre/Niño. En *Gaceta Médica Boliviana*, 34 (1), 6-10.
- Silveira, F., Lima, G y Ribeiro, P. (2020). Medicalização e normalização da sociedade. En *Revista Polis y Psique*, 10(3), 77-97.
- Sociedad de San Pablo (2020, 4 de octubre). Biblia Latinoamericana, Éxodo 1:15-19 <https://www.sanpablo.es/biblia-latinoamericana/la-biblia/antiguo-testamento/exodo/1>
- (2020, 4 de octubre). Biblia Latinoamericana, Génesis 35:16-18 <https://www.sanpablo.es/biblia-latinoamericana/la-biblia/antiguo-testamento/genesis/35>
- Tlazocamati producciones (2020). Mapa interactivo de la partería tradicional mexicana [mapa]. <https://www.tlazocamatiproducciones.org/Documental-Interactivo-de-Parteria-Tradicional>
- Vallana, V. (2020, abril). La enfermedad normal. Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. En *Sexualidad, salud y sociedad- Revista Latinoamericana*, 34, 90-107. <http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>
- Wells, J., De Silva, J. y Stock, J. (2012). The Obstetric Dilemma: ancient game of russian roulette, or a variable dilemma sensitive to ecology? En: *American Journal of Physical Anthropology*, 149, 40-71.

Zolla, C. (2012). La medicina tradicional, fundamental para la salud del mexicano. En *Boletín UNAM-dgcs-431* [La medicina tradicional, fundamental para la salud del mexicano \(unam.mx\)](#)