



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ANTROPOLOGÍA

Echar valor

Parteras tradicionales en el contexto biomédico del sector salud

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA

PRESENTA:

Irazú Gómez García

TUTOR:

Dr. Gabriel Ascencio Franco
CIMSUR-UNAM

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS, SEPTIEMBRE, 2017



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.



A mis abuelas
Francisca Sánchez, "La chica"
María de Jesús Beltrán, "Chuyita"

Porque siguiendo sus huellas encontré mi camino...

AGRADECIMIENTOS

A Ozmar y a Roberto por comenzar esta aventura a mi lado, por las mudanzas, las charlas y las horas que juntos hemos compartido. La vida es un movimiento permanente, pero ustedes siempre me acompañarán el corazón para llenarlo. A mis padres, herman@s y sobrin@s porque nuestras historias nos unen y fortalecen.

Agradezco a las parteras por regalarme su palabra, su tiempo; y por permitirme acceder a sus espacios de trabajo. Al personal de la Jurisdicción Sanitaria II de la Secretaría de Salud (SSA) por su amabilidad.

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por ser mi alma máter desde hace ya varios años y contribuir así a mi formación. Al programa de posgrado en Antropología, de manera especial al Dr. Hernán Salas por su disposición para apoyar el proceso académico de los estudiantes. A Luz María, Hilda y Ariel por su pronta respuesta para resolver cuestiones administrativas.

Desde hace algunos años el Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur (CIMSUR) se ha convertido en parte fundamental de mis actividades. Gracias Dr. Luis Rodríguez, Dr. Ramón Ponciano, Dr. Carlos Gutiérrez, Dr. Oscar Sánchez, Dra. Dolores Camacho, Dr. Antonio Castillo, Dra. Enriqueta Lerma, Dra. Sandra Cañas y Gustavo Peñalosa por sus aportaciones durante los seminarios. Mi estancia ha sido acompañada también por los técnicos académicos, el personal administrativo, de intendencia y de seguridad, muchas gracias Lulú, Gaby, Paty, Pilar, Doña Cris, Don Antonio, Reynaldo, Elizabeth, Martín, Don Gil, Adelina, Don Armando, Don Memo, Emmita, Alejandro, Gibrann, Don Mario, Eidi, Elías, Cándido, Maricruz y Marlene.

Agradezco con afecto al Dr. Gabriel Ascencio por su guía, por escucharme y darme en todo momento confianza y libertad para proponer los caminos que llevaron a la elaboración de la presente investigación. Gracias Dr. Jaime Page, Dr. Miguel Lisbona, Dr. Iván Porraz y Dra. Mónica Luna. Sus puntuales observaciones han logrado una mejor versión del documento.

San Cristóbal de Las Casas se ha convertido en un hogar por la compañía de amig@s dispuestos a compartir el tiempo, los desvelos, las risas y también las preocupaciones. Gracias Ceci, Mounia, Selina, Lucy, Bety, Migue, Fausto, Gustavo, Mauricio, Omar, Lucero, Karla, Posh, Chus, América, Susana, Ruth, Tenchi, Lalo. Cada uno me regala momentos enriquecedores e invaluable. Gracias también para Ashany, Leti, Magda y Mariana por acortar la distancia con su cariño.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
1. EL SINUOSO CAMINO DE LOS PORQUÉS.....	6
2. EL PODER COMO EFECTO	9
3. CAMPO DE OBSERVACIÓN ETNOGRÁFICA	19
4. ESTADO DE LA CUESTIÓN	25
5. FORMAS DE SER PARTERA.....	29
6. DESARROLLO DEL CAPÍTULO.....	33
CAPÍTULO I.....	36
EL AVANCE MEDICALIZADOR Y LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA.....	36
1. EL DOMINIO BIOMÉDICO.....	37
2. NACER EN LOS ALTOS. PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL PARTO	43
3. PARTERAS TRADICIONALES EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA DE SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS.....	50
4. LOS EFECTOS DE LA MEDICALIZACIÓN.....	54
CAPÍTULO II.....	60
LA INTERCULTURALIDAD COMO DISPOSITIVO.....	60
1. APROXIMACIONES TEÓRICAS A LA CULTURA Y LA INTERCULTURALIDAD	61
2. INTERCUTURALIDAD INSTITUCIONAL	65
3. ESPACIOS DE INTERCULTURALIDAD FUNCIONAL	71
4. LA NORMALIZACIÓN VISTA A TRAVÉS DEL DISCURSO	88
CAPÍTULO III	96
BIOPOLÍTICA, SOBERANÍA Y VIDA DESNUDA.....	96
1. LOS ABISMOS CONTEMPORÁNEOS DEL EXTRAÑAMIENTO	97
2. LAS PARTERAS COMO HOMO SACER: «NOS TRATAN COMO A LA SUELA DE SUS ZAPATOS».....	102
CONSIDERACIONES FINALES	117
ANEXO FOTOGRÁFICO	121

BIBLIOGRAFÍA..... 125

INTRODUCCIÓN

1. EL SINUOSO CAMINO DE LOS PORQUÉS

A pesar de los cambios que ha sufrido la presente investigación, la causa que determinó su origen, como toda elaboración humana, surgió de un interés personal. Hace cinco años, (en el 2012), tomé la decisión de mudarme a San Cristóbal de Las Casas con el propósito de realizar estudios de posgrado. En aquel entonces, el tema del que me ocuparía para alcanzar mi objetivo no era claro, aunque desde el principio significó una búsqueda sugerente debido a la riqueza cultural de la región alteña.

Procedente de Playa del Carmen, originaria del Distrito Federal (ahora CDMX), acostumbrada al trabajo rudo y a las dinámicas urbanas que nos son impuestas en la selva de asfalto a los integrantes de clases desprovistas para sobrevivir, no pude evitar caer en una suerte de enamoramiento al instalarme en Chiapas, del cual por cierto todavía no logro liberarme. A pesar de haber visitado el estado en ocasiones anteriores y autocalificarme como conocedora de sus problemáticas sociales, habitar en San Cristóbal significó desde el primer momento aprender perspectivas diferentes acerca de la cotidianidad, el tiempo y las dinámicas de organización de la gente. Los paisajes, los colores, los olores y los alimentos que se mezclan en los mercados, las pláticas fortuitas con desconocidos, el nivel de marginación social que se puede observar y su contraste con la imagen romántica de saberes milenarios, turistas nacionales e internacionales y slogans de pueblo mágico. Todo el conjunto de elementos percibidos me provocó asombro y curiosidad, invitándome a elaborar una y otra vez el argumento de la investigación que presento.

La ocasión para comenzar a proyectar el análisis se dio en enero de 2014, tras enviar una solicitud fui aceptada como estudiante de la escolita zapatista preparada por las bases de apoyo del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN). El objetivo de las clases impartidas por las compañeras y los compañeros zapatistas fue compartir a los asistentes aspectos vinculados a la construcción de su libertad. Los temas tratados se ordenaron a partir del gobierno autónomo, la participación de las mujeres en el gobierno autónomo, y la resistencia.

Como estudiantes de la escuelita tuvimos el privilegio de ser recibidos, alojados y alimentados por nuestros compañeros zapatistas, quienes además nos incluyeron en sus actividades de trabajo y se tomaron el tiempo para resolvernos múltiples dudas acerca de su lucha. Las pláticas de esos días con Isabela, la maestra guardián que me fue asignada por la organización, además de enriquecer diversos aspectos y perspectivas de mi pensamiento fueron orientándose poco a poco hacia la participación de las mujeres como coordinadoras generales de zona o en micro clínicas y en la elaboración de talleres para la formación de parteras, hueseras y yerberas autónomas.

Soy hija de una extraordinaria enfermera, he sido entrenada desde pequeña en ambientes hospitalarios debido a diversos problemas de salud, soy madre y tengo experiencia de trabajo en una A.C. ligada al desarrollo y la aplicación de proyectos comunitarios, es sencillo entender cómo en un principio mi interés se ubicó en explicar de qué forma se combinaba el modelo de atención biomédico con los modelos denominados como tradicionales en el campo de la salud materna en territorio autónomo zapatista. De manera que al regresar a San Cristóbal de Las Casas, después de haber participado en la escuelita, y gracias al intercambio de ideas con Isabela, comencé a construir mi proyecto, sin otro elemento a favor que el entusiasmo.

Al mismo tiempo que buscaba datos, y cumplía con requisitos formales para ser aceptada como estudiante de posgrado, trataba de hacer contactos y de entrevistarme con conocedores del tema que pudiesen orientarme: parteras tradicionales, médicos, enfermeras, investigadores en el área de ciencias sociales y humanidades. Una de las primeras personas en recibirme con actitud benévola fue el Dr. Jaime Page, quien tras escuchar mis inquietudes me propuso participar en un seminario de partería realizado en las instalaciones del Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste (PROIMMSE), hoy Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur (CIMSUR). Este seminario fue importante para mí porque me ayudó a comparar indagaciones individuales con las de otras compañeras asistentes a las sesiones, indicándome nuevas posibilidades de rastreo.

El involucramiento paulatino y de boca en boca en temas de atención materna y partería me llevó a ser invitada a principios de febrero de 2015 por Doña José, partera captada por la

Secretaría de Salud (SSA) para colaborar como su aprendiz en el área de medicina tradicional del Hospital de las Culturas, un espacio que forma parte del modelo de salud intercultural impulsado por dicha institución en Los Altos de Chiapas.

Meses más tarde logré también ser admitida por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) para realizar estudios de posgrado en Antropología. Aunque con ello la posibilidad de cumplir con mi primer proyecto de investigación se había esfumado, debido a la dificultad de coordinar los tiempos establecidos desde el ámbito escolar para trabajar en territorio autónomo zapatista.

Con un tema de investigación relacionado a la partería, pero sin un eje establecido de análisis, ni un terreno etnográfico definido, el camino a seguir parecía aún difuso: interculturalidad, modelos de atención, violencia obstétrica... Mi mente divagó por meses de un lado a otro, mientras intentaba mantenerme en calma, y convencerme de estarlo, recordando que en el campo académico las ideas se infiltran de manera lenta, como la belleza lo hace con el poeta (Nietzsche, 2001:120).

Sin darme cuenta aún, el argumento de Nietzsche resultó cierto debido a que dichas ideas habían comenzado a emerger a partir de mi incorporación como aprendiz con Doña José. Las horas de plática, su disposición para incluirme en atenciones al parto, las sesiones de capacitación con la institución y otras actividades me infundieron la necesidad de observar a las propias parteras como sujetos en el contexto referido, más allá del cúmulo de tópicos que las circundan. Al pasar los meses, en la medida que me fui haciendo presente en los espacios institucionales, conocí a más parteras captadas por la SSA: Doña Marcelina, Doña Rubí, Doña Esperanza, Doña Rosy, Doña María, Doña Juana, Doña Ofelia, Doña Susana, entre muchas otras más¹. Las mujeres con las que interactuaba en diferentes momentos significaban una historia que debía ser visibilizada. La pregunta que siguió a mi propósito fue el cómo.

En tal sentido, el objetivo principal de este trabajo se explica a partir de la intención de colocar a las parteras captadas por la SSA en el centro de la reflexión articulando su labor a tres conceptos que, desde mi perspectiva, contribuyen a la comprensión de las

¹ A petición de las interesadas, sus nombres han sido modificados.

circunstancias actuales por las que atraviesan en su relación institucional: medicalización, interculturalidad y exclusión. El hilo conductor para el desarrollo de tales temas se sitúa en la esfera de análisis del poder.

Cabe señalar que desde el campo de la antropología política el poder ha sido estudiado alrededor de una diversidad de propuestas para responder a temas relacionados al cambio o la permanencia de comportamientos e instituciones, la distribución del poder y la autoridad o la organización y transformación de un determinado orden social, con una estructura de análisis que se explica de manera formal a partir de 1940, pero que bien puede situarse desde los comienzos de la antropología misma (González, 1998; Castro y Rodríguez, 2009; Lewellen, 2009).

Dentro de la pluralidad de planteamientos ofrecidos, uno de los modelos de explicación que funciona como herramienta adecuada para abonar a mis observaciones y responde a mis inquietudes es el pensamiento de Foucault, al ocuparse de temas asociados al poder, la emergencia de dispositivos de disciplinamiento que determinan a los individuos en sujetos, así como las posibilidades de las prácticas de libertad de éstos, ya que integra en la discusión elementos que atañen a la política, la gubernamentalidad y el funcionamiento institucional. Al modelo de Foucault sumo además la perspectiva de Agamben. A continuación profundizaré en algunas de las coordenadas teóricas retomadas de ambos autores para el desarrollo de la presente investigación.

2. EL PODER COMO EFECTO

Para Foucault, el poder implica en sí mismo una diversidad de relaciones, pero es en todos los casos una forma de control o dominación, «cuyo papel es establecer, mantener o transformar sus propios mecanismos» (Foucault, 2006: 16). Las causas que dan origen a dichas relaciones se encuentran determinadas en acuerdo a esquemas culturales «impuestos o sugeridos por una sociedad o un grupo social» (Foucault, 1994 :123). En consecuencia, analizar la noción de poder implica referir una heterogeneidad de formas que deben ser localizadas en «su especificidad histórica y geográfica» (Foucault, 1999: 239).

El análisis sugerido sobre las relaciones de poder cuestiona las tesis represivas de poder, centradas en la consideración de una matriz jurídica, cuyo núcleo central es la prohibición sustentada «en una estructura política, en un gobierno, [o] en una clase social dominante» (Foucault, 1994 :124). En su lugar, se indica la necesidad de pensar el funcionamiento del poder a partir de la movilidad y la circulación con «una yuxtaposición, un enlace, una coordinación y también una jerarquía de diferentes poderes», cuya función principal, más allá de la prohibición, es la producción de conductas y que en tal sentido deben ser considerados como tecnologías (Foucault, 1999: 239).

En tanto que « teorías y técnicas que permiten el aprovechamiento práctico» (RAE, 2017), las tecnologías de poder son «procedimientos que han sido inventados, perfeccionados y que se desarrollan sin cesar [en el cuerpo social]» creando cosas, placeres, saberes y discursos a través del tiempo (Foucault, 1999: 182, 241).

Al señalar la reconfiguración expuesta, y con la intención de observar la constitución de los individuos en sujetos a partir del despliegue de una red de relaciones de poder que les atraviesan y de la cual son blanco y ejecutores, Foucault dedicó buena parte de sus esfuerzos intelectuales a identificar el proceso histórico por el cual los «mecanismos de poder, en un momento dado, en una coyuntura precisa, y mediante un determinado número de transformaciones (...) [comenzaron] a volverse económicamente ventajosos y políticamente útiles» (Foucault, 199:146). Favoreciendo la forma de la organización de las sociedades contemporáneas de occidente en su conjunto.

La «mutación tecnológica del poder» de la que parte el análisis foucaultiano esta ligada a la emergencia y desarrollo del capitalismo en su dimensión política, con la función de un poder individualizante y productivo:

En la Edad Media (...) el poder político, tal como se ejercía en el cuerpo social, era un poder muy discontinuo. Las mallas de la red eran demasiado grandes y un número casi infinito de cosas, de elementos y conductas y de procesos escapaban al control (...) el segundo gran inconveniente de los mecanismos de poder, tal como funcionaban en la monarquía, es que eran excesivamente onerosos precisamente porque la función del poder (...) era esencialmente el

poder de tomar para una parte, de tener el derecho y la fuerza de percibir algo (...). El poder era, de este modo, preceptor y predador (...) De ahí [la] necesidad [de] encontrar un mecanismo de poder tal que, al mismo tiempo que controla las cosas y las personas hasta el menor detalle, no sea oneroso ni esencialmente predador para la sociedad, que se ejerza en sentido mismo del proceso económico (Foucault, 1999: 242-243).

La «invención de una nueva economía de poder» con efectos de acción móvil se dio junto a la transformación del «Estado de justicia, nacido en una territorialidad de tipo feudal y que correspondería a grandes rasgos a una sociedad de la Ley»; en su lugar aparecieron Estados administrativos con sociedades caracterizadas por la aplicación de reglamentos y disciplinas. A medida que estos Estados se apoyaban más en su población, con la instrumentación de un nuevo saber económico, se fue desplegando además un orden social originando dispositivos de regulación, entendidos como una red de estrategias y mecanismos orientados a lograr un efecto (Foucault, 1999: 196-197):

Un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas (Foucault, 1977: 1)

Con la clasificación del «cuerpo social como principio» y objetivo de acción, los dispositivos dan paso a la gubernamentalidad:

El conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esta forma tan específica, tan compleja, de poder que tiene como meta principal a la población, como forma primordial de saber a la economía política, como instrumento técnico esencial, los dispositivos de seguridad (...) lo que ha comportado, por una parte, el desarrollo de toda una serie de aparatos específicos de gobierno, y por otra, el desarrollo de toda una serie de saberes (Foucault, 1999: 195).

El objeto central de la gubernamentalidad está ligado así a la administración y el control de la población, entendida como un conjunto de seres vivos, inmersos en leyes orgánicas y naturales, con tasas de natalidad, mortalidad, « curvas de edad y salud, que puede perecer o desarrollarse (...) Una especie de entidad (...) que se debe tomar en consideración, si queremos utilizar[la] como máquina para producir, producir riquezas, bienes, para producir otros individuos» (Foucault, 1999: 245-246).

La «materialidad del poder sobre los cuerpos» (Foucault, 1979: 103-104) como propósito central de las tecnologías de poder esbozadas, además de observarse desde el control y la regulación de la población en términos biológicos, puede seguirse a partir de lo que Foucault llamó «el descubrimiento del individuo y la tecnología individualizante» (Foucault, 1999: 243).

En dicho sentido, las tecnologías de poder que interesaron a Foucault, y que componen el argumento central de este trabajo, se dividen en dos grupos. Por una parte, se encuentran las tecnologías biopolíticas que apuntan a la intención de resolver temas de orden público vinculados a condiciones de vida, la salud, la higiene o la migración. «La forma en que, a partir del siglo XVIII, se han intentado racionalizar los problemas que planteaban a la práctica gubernamental fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población» (Foucault, 1999: 209). Por la otra se agrupan aquellas tecnologías de poder denominadas por Foucault como anatomopolítica. Con una aplicación ligada al disciplinamiento individual y la construcción de la subjetividad:

El mecanismo de poder por el cual llegamos a controlar el cuerpo social hasta los elementos más tenues, y por éstos alcanzamos los átomos sociales mismos, es decir, a los individuos. Cómo vigilar a alguien, cómo controlar su conducta (...) sus aptitudes, cómo intensificar su rendimiento, cómo multiplicar sus capacidades, cómo situarlo en el lugar que sea más útil (...) una tecnología individualizante de poder (...) que mira a fondo a los individuos (Foucault, 1999:143-145).

En tanto que anatomopolítica, las tecnologías desplegadas en dicho rubro pueden dividirse a su vez en técnicas de producción, «gracias a las cuales podemos producir, transformar y

manipular objetos»; técnicas de sistemas y signos «que permiten la utilización de signos, de sentidos, de símbolos o de significación»; técnicas de poder «que determinan la conducta de los individuos, le someten a ciertos fines o a la dominación y objetivan al sujeto»; y, las técnicas de sí, también llamadas por Foucault tecnologías del yo o artes de existencia, «que permiten a los individuos efectuar, solos o con ayuda de otros, algunas operaciones sobre su cuerpo, su alma, sus pensamientos, sus conductas y su modo de ser, así como transformarse, a fin de alcanzar un cierto estado de felicidad (...) o perfección» a partir de una verdad instituida (Foucault, 1999: 443). Cada una de las técnicas descritas se encuentra asociada e implica el análisis de la autorregulación de la conducta, así como de la implementación de pedagogías y de «los procedimientos (...) que son propuestos o prescritos a los individuos para fijar su identidad, mantenerla o transformarla en función de cierto número de fines, y todo ello gracias a las relaciones de dominio de sí sobre uno mismo» (Foucault: 1999, 255).

Para Foucault la emergencia y desarrollo de la biopolítica y la anatomopolítica en los términos señalados se dio prácticamente de manera paralela. Sin embargo, el análisis de la primera remite al estudio de «relaciones estratégicas entre individuos o grupos, relaciones en las que está en juego la conducta del otro o de los otros-, y que recurren, según el marco institucional en que se desarrollan, según los grupos sociales o según los procedimientos y técnicas a diversos métodos de regulación». Mientras que la segunda alude al estudio de los «efectos [del poder] sobre la constitución del sujeto en sus relaciones consigo mismo» (Foucault: 1999, 255).

Al ser tecnologías que atraviesan en forma de red a la sociedad, la biopolítica y la anatomopolítica confluyen en la constitución de saberes y verdades, dando lugar a marcos de acción entre las instituciones formales, surgidas en la esfera gubernamental, y las «elecciones de existencia», así como a «saberes extremadamente diferentes en su objeto y estructura (...) donde se pueden establecer relaciones de condición, y no de causa y efecto» (Foucault, 1999: 369). En dicho contexto, la verdad y los saberes son explicados por Foucault como estrategias y producto de las relaciones de poder:

La verdad está centrada en la forma del discurso científico y en las instituciones que lo producen; esta sometida a una constante incitación económica y política (necesidad de verdad tanto para la producción económica como para el poder

político); es objeto bajo formas diversas de una inmensa difusión de consumo (circula en aparatos de educación o de información cuya extensión es relativamente amplia en el cuerpo social pese a ciertas limitaciones estrictas); es producida y transmitida bajo el control no exclusivo pero sí dominante de algunos grandes aparatos políticos o económicos (universidad, ejército, escritura, medios de comunicación) (...) La verdad está ligada circularmente a los sistemas de poder que la producen y la mantienen, y a los efectos de poder que la acompañan (Foucault, 1999: 187-189).

La relación establecida entre poderes, saberes y verdad transita en diferentes sentidos y es el fundamento de sociedades donde «somos juzgados, condenados, clasificados, obligados a competir, destinados a vivir de un cierto modo o a morir en función de discursos verdaderos que conllevan efectos específicos de poder» (Foucault, 1999: 140). Al respecto conviene recalcar que la verdad, explicada por Foucault como un «conjunto de reglas, según las cuales se discrimina lo verdadero de lo falso, [que] se ligan a (...) efectos políticos (Foucault, 1999:188), tampoco ha sido impuesta, en la mayoría de casos, de manera violenta o como una prohibición.

La extensión de la red de poderes y verdades en la sociedad hace necesario entonces considerar conceptos como disciplina y normalización. La primera sugiere la organización de conductas, códigos o acciones adoptadas y ejecutadas de manera continua como método para alcanzar un objetivo. Mientras que la normalización es el resultado del proceso disciplinar, visible o encubierto, que encausa a los individuos y los lleva a naturalizar un hecho o una situación como aceptable, considerándola fuera de un marco de imposición (Foucault, 1998: 175-198).

Desde la perspectiva hasta aquí expuesta ambas nociones se producen y reproducen en una especie de consenso social que lleva a los individuos a ser al mismo tiempo receptores y operadores en las diferentes relaciones de poder en las que participan a lo largo de su existencia. Sin embargo, ello tampoco significa que «el poder [sea] la cosa mejor distribuida del mundo (...) no se trata de una distribución democrática» (Foucault, 1999:144-145). De ahí la importancia de establecer análisis entre mecanismos de poder que «tienen su propia historia, su propio trayecto, su propia técnica y táctica, y ver después

cómo estos mecanismos de poder han sido (...) investidos, colonizados [o] utilizados (...) por mecanismos más generales y por formas de dominación global (Foucault, 1999:144-145).

Utilizando la configuración teórica reseñada, este trabajo propone indagar en las relaciones de poder y la construcción de saberes que involucran a las parteras captadas por la SSA en San Cristóbal de Las Casas a partir de temas como la medicalización y las dinámicas institucionales de interculturalidad, colocando un lente de aumento en las regulaciones impuestas por la biopolítica a su labor, así como en las tecnologías de la anatomopolítica mediante las cuales las parteras mismas han modificado su práctica.

Al pensar la construcción de poder en múltiples sentidos, como parte del capítulo dos de la investigación propongo observar también los discursos que el personal del sector salud y las mismas parteras construyen alrededor de los temas citados. En tal caso, el sentido de análisis del discurso está orientado a distinguir precisamente la forma en que las construcciones de "verdades" operan, entendiendo que buena parte de su función reside y se reproduce en las relaciones de poder.

Cabe indicar que la metodología propuesta para el análisis de discurso citado se basa en los planteamientos elaborados por Volóshinov (2009) respecto al lenguaje como interacción discursiva, en donde existe una continua generación de enunciados sobre un determinado tema que adquieren significación en un tiempo y un espacio.

Para Volóshinov la significación es producida cuando el oyente comprende el enunciado del hablante, enmarcado en una referencia y una diacronía. El oyente toma ese enunciado y le suma los discursos internos producidos desde su experiencia para elaborar una síntesis y dar una respuesta del tema tratado, lo que a su vez lo convierte en hablante al transmitir otro enunciado que será significado por el oyente.

El análisis discursivo desde la perspectiva de la significación permite observar la orientación social de las personas (coincidencia o desacuerdos sobre un tema), los modos de transmisión y percepción de la palabra (autoritaria, dogmática, personal, impersonal); así como los modelos sintácticos de transmisión del discurso (directo, indirecto o indirecto

libre), para dar respuesta a cuatro cuestiones clave: ¿quién habla?, ¿en dónde habla?, ¿cómo habla? y ¿para quién habla? Tal interacción permite observar las relaciones de poder y el intercambio comunicativo como actos en donde hay cierta autonomía.

Al respecto es adecuado precisar que para Foucault en el desarrollo de «relaciones de poder existen necesariamente posibilidades de resistencia (...) que a partir de estrategias de inversión de la situación [otorgan a los individuos] posibilidades de libertad (...) No obstante, hay que señalar que en ocasiones también se dan estados de dominación total. En donde las relaciones de poder son (...) perpetuamente disimétricas y el margen de la libertad es extremadamente limitado» (Foucault, 1994: 126-127).

Debido a los fines establecidos para la investigación, las «estrategias de inversión» implementadas por las parteras dentro de la institución para resistir a determinadas medidas se abordaron únicamente de manera marginal. Así como también algunos temas vinculados a la biomedicina y la partería como modelos de atención a la salud y sus resultados, cuya exploración excede los objetivos hasta aquí trazados.

Por otra parte es adecuado señalar que, a medida que mi trabajo avanzó, la observación de la constitución de saberes como dispositivos de control y las relaciones de poder identificadas no fueron argumento suficiente para explicar el contexto de exclusión actual por el que atraviesan las parteras tradicionales en el terreno estudiado, por tal razón decidí incorporar a la elucidación teórica la perspectiva biopolítica de Agamben.

A diferencia de Foucault, que dirigió sus investigaciones y propuestas sobre biopolítica a partir de un marco sociohistórico, el plano discursivo desde donde Agamben establece una correlación entre vida y política se coloca en el ámbito filosófico de la ontología². Bajo esta óptica y en la búsqueda de categorías fundamentales dicho autor comienza por identificar una conexión indisoluble entre ambos conceptos (Mendiola, 2009: 34), lo que a la vez le permite señalar el orden originario dicotómico de la política occidental, anclado en su estructura a la separación de las nociones bios y zoe.

²En términos muy someros puede explicarse a la ontología como una rama de la filosofía centrada en el estudio del ser o del ente en tanto sus propiedades esenciales de ser. Así como la relación de éste, en términos fundamentales, con otros seres o entes.

En la Grecia clásica, nos dice Agamben, existían ya implicaciones entre vida y política. Al asignar una diferenciación de significados a los términos bios y zoe, el pensamiento clásico aludía a distinciones entre el hecho de existir, en el sentido biológico (zoe), y la posibilidad de alcanzar un proyecto de vida concerniente a la polis, una vida pública (bios), deduciéndose así que «Hay política porque el hombre es el ser vivo que (...) separa la propia nuda vida [la vida desnuda o zoe] y la opone a sí mismo, y, al mismo tiempo, se mantiene en relación con ella» (Agamben, 2001:18). Bajo tal señalamiento, en todo caso, continua Agamben, lo que habría que advertir son las transformaciones de la coexistencia entre vida y política, es decir de la biopolítica. Partiendo de una afirmación que presupone a la política «como la estructura propiamente fundamental (...) que ocupa el umbral en el que se cumple la articulación entre viviente (zoe) y logos (bios)» (Agamben, 2006:17).

Al designar como hilo conductor las transformaciones y las formas de presentación de la biopolítica, Agamben identifica el paso de una coexistencia entre vida biológica (zoe) y vida política (bios) que cambia de sentido: de una exclusión - inclusiva a una inclusión - exclusiva. La primera de estas fórmulas se presenta en la antigüedad clásica, donde la existencia y todos los procesos fisiológicos vinculados a su cumplimiento (zoe) eran tomados en cuenta, pero al mismo tiempo separados, dejándose en el ámbito privado. En tal caso, lo que importaba para el desarrollo y bienestar social era el cumplimiento y las funciones de una vida calificada en la esfera pública, «como si la política fuera el lugar en el que vivir debe transformarse en vivir bien. (...) El viviente (zoe) (...) habita en la polis dejando que en ella quede apartada su propia nuda vida » (Agamben, 2006 : 17).

El orden de la inclusión exclusiva citada cambia con el estado moderno y la irrupción de la zoe en el campo de la gestión estatal. No obstante, según Agamben, aquello que nos permite ver las transgresiones efectuadas bajo la biopolítica reinante no es definible con la simple lectura que marca la aparición de prácticas de gubernamentalidad, caracterizadas por la planeación, regulación y organización poblacional, «la asignación de un bios a la zoe». En su lugar, lo trascendente para comprender los resultados de exclusión generados en esta época se encuentra en el examen del orden jurídico institucional de los estados modernos y el «resurgimiento de la soberanía».

La soberanía «marca el límite del orden jurídico» (Agamben, 2006: 28), al ser una figura que se encuentra dentro y fuera de la ley para decretar un estado de suspensión. La restricción de derechos se justifica en el pensamiento político occidental por la aplicación de un poder extraordinario ante una situación de emergencia para determinar un posterior ordenamiento. De manera que en la estructura del funcionamiento soberano la excepción en forma de exclusión es una garantía de la «vigencia del derecho que crea una relación de bando (abandono). Frente a un exceso (...) la situación creada por la excepción tiene, por tanto, la particularidad de que no puede ser definida ni como una situación de hecho ni como una situación de derecho, sino que introduce entre ambas un paradójico umbral de indiferencia, (...) se trata (...) de crear o definir el espacio mismo en que el orden jurídico puede tener valor »(Agamben, 2006: 29-31).

Para Agamben, en la época posterior a la Primera Guerra Mundial, los Estados modernos comenzaron a convivir con un resurgimiento soberano desarticulado de su principio de funcionamiento, en donde «la excepción se convirtió en regla» y las leyes en instrumentos de la gubernamentalidad. La restricción arbitraria de derechos previamente establecidos pone en entredicho y expone desde entonces a diferentes estratos de la población global, colocándoles en una posición de vida desnuda (nuda vida). Dicho concepto puede ser asignado a una vida que es arrancada del ámbito donde goza de garantías de ley con un proyecto político viable, y por lo tanto se convierte en vulnerable. Ejemplos de ello serían las circunstancias que enfrentan personas en situación de calle, los contextos por los que atraviesan mujeres y hombres migrantes para tratar de acceder a mejores condiciones de vida o la exclusión que sufren pacientes de enfermedades crónicas al no tener acceso a infraestructura hospitalaria y medicamentos para tratarse.

Agamben retoma la noción de homo sacer (hombre sagrado), una figura del derecho romano antiguo descrita por Festo en la obra *Tratado de la significación de las palabras*, con el propósito de precisar las formas de vida que habitan en los espacios contemporáneos del abandono trazados por la gubernamentalidad, la soberanía y la excepción³. El homo sacer era el individuo que tras cometer un delito perdía sus posibilidades de sacralidad para

³ En la edición consultada no se especifican otros elementos sobre la obra de Festo, tampoco ha sido posible conseguir la fuente primaria a la que Agamben alude para discutir en términos más amplios el concepto.

ser sacrificado a los dioses por una especie de rito; pero al mismo tiempo cualquier hombre podía asesinarle sin ser juzgado por cometer un homicidio, quedando así sometido a una relación de exclusión (Agamben, 2006: 89-94).

Al transitar por ámbitos de marginación y exclusión a conveniencia de la biopolítica actual, bajo decisiones soberanas, en una sociedad donde la desigualdad ha sido normalizada, el homo sacer es descalificado para alcanzar un proyecto de vida digna para cualquier ser humano. Puesto en una situación de animalidad (zoe) y fragilidad en comparación con el resto de la población, distinguido de aquellos a quienes sí se protege y atravesado por distintos grados de abandono.

Considerando la perspectiva citada propongo situar a las parteras involucradas en el presente trabajo en una posición de homo sacer, debido a que en su relación con la SSA y con otros actores del ámbito social son pensadas únicamente como medios útiles, cuerpos que pueden ser tomados, disciplinados y accionados con fines de regulaciones biopolíticas, por lo tanto su vida es puesta a disposición de propósitos ajenos sin estimar las necesidades o los derechos de las propias parteras.

3. CAMPO DE OBSERVACIÓN ETNOGRÁFICA

En la presente investigación he desarrollado distintas actividades durante dos años para alcanzar los objetivos establecidos. La primera fase de exploración se dio a través de la observación participante en procesos de capacitación organizados por el sector salud, así como en consultas de atención en el área de medicina tradicional del Hospital de las Culturas, la documentación de atenciones al parto y la asistencia a eventos administrativos sobre partería tradicional organizados por la SSA, además de reuniones vinculadas al tema organizadas por Asociaciones Civiles (A.C.) Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y academia.

Como parte de una segunda fase de trabajo incorporé además entrevistas, a profundidad y semiestructuradas, tanto a parteras como a personal de la Jurisdicción Sanitaria número II (personal clínico y administrativo). Otras pistas para el análisis fueron recabadas a través de la consulta de los archivos históricos del Centro Coordinador Indigenista Tseltal-Tsotsil

(CCTT) y de la Secretaría de Pueblos Indios (SEPI) así como de recorridos en comunidades cercanas a San Cristóbal de Las Casas, análisis de periódicos y video reportajes; e informes publicados por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural perteneciente a la SSA. Finalmente también realicé actividades de trabajo en reuniones organizadas por el Comité Promotor por una Maternidad Segura en Chiapas (CPMS-CH).

Ahora bien, como he señalado de manera previa, mi entrada al terreno etnográfico se dio con Doña José, a quien conocí un día de carnaval Chamula. Mi asistencia al seminario de partería organizado a partir del mes de octubre de 2014 por el Dr. Page, entre otras compañeras y compañeros, me llevó a conocer a Mounia El Kotni, de Albany University, que en ese momento realizaba trabajo de campo en Chiapas para su investigación doctoral. Al enterarnos de la apertura de una casa materna en San Juan Chamula, atendida por parteras denominadas como profesionales por la SSA, Mounia y yo decidimos visitar dicha localidad.

Una amiga de Mounia se interesó en acompañarnos también. Su nombre es María, es una médico colombiana que llegó a Chiapas para aprender el trabajo de las parteras tradicionales y se integró a colaborar con Doña José. Fue ella la que le extendió una invitación para visitar la nueva casa de maternidad y quién me la presentó al reunirnos en la Plaza de la Paz, ubicada en el centro de la ciudad de San Cristóbal, para trasladarnos desde ahí a nuestro destino. Mounia ya conocía a Doña José.

Doña José es muy alegre y le gusta conversar. Después de la presentación, durante todo el recorrido hacia San Juan Chamula, nos contó acerca de su trabajo como partera. Dijo haber atendido a más de 10,000 mujeres. Cuando me preguntó si quería aprender a ser partera le respondí que en realidad pretendía estudiar sobre partería, pero que me interesaba mucho conocer la práctica de manera cercana. Así que con una sonrisa me invitó a la clínica de medicina tradicional del Hospital de las Culturas para ayudarlo. Tras cuarenta minutos y amena plática llegamos a San Juan Chamula, sin embargo en esa ocasión no pudimos alcanzar el objetivo de conocer la clínica de maternidad porque era día de carnaval y los

hombres mono danzaban alrededor de la plaza central alternando su actividad con corridas de toros entre el tumulto⁴.



Imagen 1. Hombre Mono – Max⁵

⁴ El carnaval del fuego nuevo es una celebración realizada en San Juan Chamula durante el mes de febrero. Entre las caracterizaciones y personajes que participan con danzas y otras festividades se encuentran los demonios, los jaguares, los ladinos y los monos guerreros, también conocidos como hombres mono.

⁵ Bonbajelmayaetik (2015) Hombre Mono-Max [Fotografía] Recuperado de <http://www.bonbajelmayaetik.org/revista/N1/N1.pdf>

La semana siguiente a nuestro primer encuentro, me presenté en la clínica de medicina tradicional del Hospital de las Culturas de San Cristóbal de Las Casas con Doña José. Mis actividades fueron cambiantes a lo largo de cada visita: regar el jardín, barrer y llevar a cabo otras labores de aseo, preparar infusiones para las mujeres y los niños que buscan atención, hacer registros y realizar otros trámites institucionales, hasta que por fin el día esperado llegó.

Una madrugada Doña José se comunicó conmigo para avisarme que estaba en la clínica con la finalidad de atender un parto y me invitó para ayudar. Llegué a la clínica media hora después de su llamado. Ingresé por el área de urgencias del hospital. Al entrar me presentó como su asistente. Saludé a los suegros y al esposo de la parturienta, quienes estaban acompañándole dentro de la sala de atención. De inmediato Doña José me solicitó salir a calentar agua para poner hierbas a cocer.

Mientras cumplía con la tarea asignada, Doña José salió también de la sala de atención para platicar y preguntarme si de verdad quería ver el parto y auxiliarla, argumentando que a veces no era sencillo y que las parteras deben ante todo echar valor, ser fuertes. Sin dudar, mi respuesta fue afirmativa, aunque únicamente a lo largo de las siguientes doce horas de trabajo pude comprender el sentido de la expresión vertida. Aplicar vapor y sobar, conversar con la familia, cambiar pañales con deposiciones, micciones y sangrados, contener a la parturienta cuando no puede soportar más el dolor físico y el cansancio que conlleva el nacimiento de un bebé, saber cortar el cordón umbilical, limpiar al recién nacido, fajar a la mujer, realizar quehaceres de aseo, son solo algunas de las acciones efectuadas por las parteras en cada proceso de atención.

Pasado el susto del primer parto, debido al compromiso y la responsabilidad que implica el proceso de atención, las invitaciones de Doña José para asistirle se hicieron cada vez más frecuentes. Algunos de estos eventos fueron compartidos con Mounia. Ambas recibimos también la invitación de Doña José para acudir a las sesiones de capacitación ofrecidas en forma mensual a las parteras por la SSA en el Centro de Salud Urbano “Los Pinos”⁶. Desde

⁶ Las sesiones de capacitación de la SSA en San Cristóbal de Las Casas se dividen en dos espacios: El centro de salud zona norte y el centro de salud Los Pinos. Para el centro de salud zona norte hay un total de setenta y cuatro parteras censadas, cuya circunstancia actual no forma parte de este análisis.

ese momento puede comenzar a conocer algunas de las características del grupo en el que se centra el desarrollo del presente trabajo. Al respecto debo indicar que las mujeres con las que he colaborado son parteras censadas y denominadas como tradicionales por la institución, aunque en realidad algunas de ellas se nombran así mismas como empíricas capacitadas.

La diferencia entre los calificativos obedece a la significación que las partes implicadas otorgan al término tradicional. Para la SSA lo tradicional remite a vincular la práctica de las parteras con ideas y costumbres originadas en un pasado lejano, que han sido transmitidas de manera intacta y a las cuales se les otorga un aparente reconocimiento como producto cultural de consumo. Por su parte, debido a experiencias de malos tratos y discriminación, las parteras relacionan el término tradicional con una falta de saberes formales que las pone en desventaja frente a los médicos, por ello prefieren identificarse como empíricas capacitadas.

El conjunto señalado suma un total de cuarenta y tres integrantes. En dicho universo, el rango de edad va de los veintisiete a los ochenta y cuatro años. Treinta y cinco de las integrantes referidas son hablantes de lengua tseltal o tsotsil, de éstas no todas hablan español. La mayoría proviene de colonias periféricas de la ciudad, aunque también asisten de colonias de la zona centro y de comunidades cercanas ubicadas dentro del municipio como La Florecilla, Rancho Nuevo, Mizitón, Los Llanos, La Sierra y algunas comunidades más de San Juan Chamula.

Cinco de las parteras se encuentran en estado de viudez, el resto son casadas o viven en unión libre, sus prácticas religiosas también se diferencian. Algunas son católicas, otras protestantes, evangélicas, otras más se adscriben como cristianas y una pertenece al culto de la Santa Muerte. Respecto al nivel de escolaridad tres cuentan con estudios técnicos y cuatro con secundaria, el resto refirió tener la primaria inconclusa o bien no tener ningún grado escolar, sólo algunas saben leer y escribir.

La mayoría alterna la partería con el desarrollo de otras actividades productivas. Lavan ropa ajena, venden artículos por catálogo, trabajan en la agricultura, son vocales de

programas gubernamentales de asistencia social, trabajadoras domésticas, preparan comida o ponen en renta habitaciones de sus hogares.

En el ámbito de la salud, las de mayor edad presentan problemas renales, de diabetes, hipertensión arterial, cataratas, vista borrosa, reumatismo, niveles altos de ácido úrico y cáncer. El origen de su actividad como parteras se relaciona en la mayoría de los casos a la experiencia de ser madre y al interés en ayudar a otras mujeres. Otras razones se ligan a la tradición familiar; y únicamente en tres casos las entrevistadas hicieron referencia directa a una iniciación de tipo onírico⁷.

Cuadro I: Parteras captadas por la SSA/ Centro de Salud Los Pinos	
Total de registros	43
Rango de edad	27-84
Hablantes de lengua tseltal o tsotsil	35
Estado civil	Viudas/casadas
Religión	Evangélicas, cristianas, católicas, culto de la santa muerte
Nivel de escolaridad	3 cuentan con estudios técnicos, 4 con secundaria
Actividades productivas alternas	Ventas, trabajo doméstico, agricultura, vocales de programas gubernamentales, renta de espacios domésticos
Enfermedades presentes en el grupo	Problemas renales, diabetes, hipertensión arterial, cataratas, vista boorosa, niveles altos de acido úrico, cáncer

FUENTE: Elaboración propia a partir de observaciones realizadas en campo

Otra característica del grupo es la preocupación y el sentido de responsabilidad por las mujeres y los bebés a quienes se atiende, cuyo estrato social corresponde en forma principal a sectores marginados. Por ello, un posicionamiento central del presente trabajo es destacar, más allá del cuidado biológico, impuesto por la racionalidad biomédica, o el argumento de un saber milenario, la importancia del quehacer realizado por las parteras referidas a partir del conocimiento que las mismas tienen del contexto social, así como de la diversidad de problemáticas por las que puede atravesar una parturienta: las emociones, los problemas familiares o la precariedad. Tal señalamiento pretende colocarles como agentes formales de atención a la salud, haciendo a un lado visiones románticas y argumentos paternalistas.

⁷ Entre algunos de los integrantes de la población alteña de adscripción tseltal y tsotsil, la experiencia del sueño se concibe como un espacio de aprendizaje, por tanto esta realidad tiene gran importancia en la realización de oficios y prácticas (Page, 2005: 277).

Por otra parte, como resultado de la convivencia con parteras y personal institucional (enfermeras, médicos, administrativos), la riqueza de los datos empíricos obtenidos me ha orientado para comprender la diversidad de prácticas que en la actualidad pueden relacionarse a la partería en la región. Y en dicho marco situar las reflexiones de este trabajo como una aportación parcial que debe observarse en conjunto con otras perspectivas de investigación.

En tal sentido es necesario recalcar que en Chiapas la partería ocupa un lugar importante en la atención a la salud relacionada principalmente con las mujeres, el embarazo, parto y puerperio, los bebés y los niños menores de cinco años. Un ejemplo de ello, se percibe a través de las cifras ofrecidas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para el 2015. Según dicha institución el estado registró un total de 147,485 nacimientos, de los cuales 53,072 fueron atendidos por parteras. A pesar de que las estimaciones referidas no cuentan con información clara acerca de las características tipológicas de las parteras participantes en los procesos de atención, la historia de diversidad cultural con la que se identifica al estado nos puede ayudar a deducir que se trata principalmente de agentes denominados como parteras o parteros tradicionales⁸.

Durante el mismo periodo, en Los Altos, donde buena parte de la población asentada es de adscripción indígena y existe una ausencia importante de infraestructura en servicios de salud pública, las parteras y parteros tradicionales tuvieron intervención en aproximadamente 15, 282 nacimientos, un porcentaje mayor al sesenta por ciento del total de las atenciones ocurridas, cuyo número corresponde a 25,053. Las cifras descritas pueden otorgar una idea acerca de la magnitud de las dinámicas que envuelven y cruzan a la partería. Sin embargo, no brindan mayores datos acerca de las características y transformaciones que la labor de las parteras y los parteros ha tenido a lo largo del tiempo.

⁸ La Declaración Conjunta sobre Parteras Tradicionales de las instituciones multilaterales define a la partera tradicional como «la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales». Otras definiciones en diversos campos de conocimiento sustituyen el término tradicional con empírica, añadiendo el concepto de adiestrada cuando la partera ha recibido algún tipo de capacitación biomédica (OMS, FNUAP, UNICEF;1993: 5).

4. ESTADO DE LA CUESTIÓN

La indagación en nuestro país alrededor de temas relacionados con la partería es muy antigua, una de las obras más completas al respecto es *La Obstetricia en México*, publicada por Nicolás León en 1910. La información reunida por el autor en este texto brinda aportes relacionados con la atención al embarazo, el parto y el puerperio entre las culturas mesoamericanas durante la época colonial y el periodo que va de la Independencia hasta el inicio de la Revolución.

Por otro lado, en el ámbito de la antropología el tema comenzó a cobrar mayor fuerza a partir de la década de los setenta, con estudios como los de McClain (1975), Cosminsky (1976) y Jordan (1978), cuyas propuestas de análisis estaban insertas en el interés de estudiar la gestación, el parto, el nacimiento y el puerperio desde una perspectiva sociocultural. A partir de entonces, las investigaciones establecidas podrían agruparse al menos en cuatro dimensiones: las que abordan las políticas internacionales que se han elaborado en relación a la práctica; aquellos trabajos que conjuntan sistemas de creencias y de los conocimientos culturales ejercidos por las parteras alrededor de la reproducción; los análisis sobre la interacción de la biomedicina con la partera centrados en la incidencia de muerte y morbilidad materna; así como el estudio de los modelos de entrenamiento aplicados a la partería.

Respecto al rubro de modelos de entrenamiento existen materiales relevantes, entre los que se encuentran: *An Anthropological Approach to Midwifery Training in Mexico* (Kelly; 1956) *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano* (Mellado, Zolla, Castañeda; 1989) del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS); *Las parteras rurales en México* (Bravo; 1990); *Las parteras empíricas: agentes tradicionales en la atención materno infantil* (Güémez; 1991); *La atención del parto y la antropología médica*; y *el papel de la comadrona en Mesoamérica* (Cosminsky; 1976, 1977). En un trabajo reciente sobre la muerte materna en región de la cuenca del lago de Pátzcuaro, Michoacán, entre otros temas de suma importancia vinculados al análisis de la muerte materna, Vargas problematiza la situaciones en que las parteras han sido relegadas o amenazadas para ejercer su labor en el ámbito biomédico (Vargas, 2016). Hacia el norte del país, la aportación de Sieglin (2004) al analizar el proceso medicalizador de parteras rurales

en Nuevo León, desde el campo del poder, la psicología, el trabajo social y la lingüística, es un antecedente importante para comprender la transformación de la partera en intermediaria y la construcción de dispositivos de regulación.

De los textos de la antropología clásica mexicana que delinean ciertos rasgos y antecedentes sobre la partería en la región alteña de Chiapas, hay trabajos que señalan la trascendencia de la partera o partero tradicional en el nacimiento, más allá de las atribuciones concernientes a cuidados corporales durante el embarazo, la mera acción del parto o la vigilancia durante los primeros días del puerperio. En ellos se ve cómo la asistencia de estos agentes incluía los rezos como un recurso relacionado a la protección y a la preservación de la salud de la mujer y el recién nacido en un momento de crisis respecto a la vida, así como del conocimiento sobre el destino y las posibilidades reproductivas familiares. En dicho sentido, es posible argumentar la existencia de elementos preponderantes de la cosmovisión maya que en ese momento unían su actividad y prácticas al campo religioso (Guiteras, 1961: 159-166; 1944:171; 1986:94-101; 2011:49-50; Pozas, 1977:159; Holland, 1963:155).

Otros análisis consultados (Aguirre, 1994:327-332; Freyermuth, 1993: 75-79; Argüello & Mateo, 2014: 13-29) me han orientado en la definición de distintos grupos de parteras, así como en el desarrollo que han tenido algunos modelos de capacitación (Freyermuth y Manca, 2000). En ellos se hace referencia a las parteras tradicionales como mujeres generalmente de edad madura, monolingües, que gozan de gran respeto y validación con «un discurso [que es] compartido por la comunidad y que posee eficacia real y simbólica». Que obtienen el conocimiento a través de una transmisión generacional de saberes, ante la experiencia de concebir o mediante un don que es comunicado a veces de forma onírica. Este tipo de práctica está apoyada por uso de plantas medicinales, técnicas de sobado, baños con agua caliente y preparaciones de aceites. En algunas ocasiones, se valen de la utilización de rezos, ritos y argumentos sobrenaturales para comprender y explicar el funcionamiento del cuerpo (Freyermuth y Muñoz 2000).

A partir de los trabajos consultados pude elaborar otro perfil alrededor de las parteras tradicionales capacitadas por el Sistema de Salud o por otras instituciones para integrarse a las actividades primarias de atención bajo las dinámicas del modelo biomédico (Argüello y

Mateo, 2014: 13-29; Bravo, 1990; Castañeda y Lerín, 1999; Freyermuth y Manca, 2000; Gallástegui, 1993; Sánchez, Velasco, Guati-Rojo y Pérez, 2014). Otros trabajos revisados evidenciaron también la transformación de la partera en promotora de salud reproductiva, como una extensión de servicios sanitarios a bajo costo, la desestimación sobre sus conocimientos y la adquisición de prácticas que reiteran la violencia obstétrica⁹, poniendo en duda la posibilidad de un modelo intercultural de salud que involucre a las parteras tradicionales (Díaz, 2006; Araya, 2008; El Kotni, 2016).

Sin embargo, más allá de las valiosas aportaciones hechas por cada trabajo, considero que la información de los textos consultados presenta ciertas limitantes al esbozar la práctica de la partería como exclusiva de los pueblos alteños en la región y al posicionar a dichos pueblos como culturas claramente definidas en las que los elementos ajenos a éstas no son visibles, y en caso de existir se revelan siempre como discordantes. Ello significa un vacío para los fines de la presente investigación, puesto que hoy por hoy en el ámbito de la partería la separación cultural no parece ser una regla y, por lo tanto, la relación de la partera con el evento del nacimiento se ha modificado. Sumado a lo anterior, debe considerarse la existencia de diferencias en la práctica que sobrepasan el binomio saberes milenarios - biomedicina.

Mi opinión es que la mayoría de estas modificaciones están ligadas al intercambio históricamente ocurrido entre los sistemas ideológicos y a la mezcla de prácticas culturales entre la población denominada respectivamente como indígena y mestiza en Los Altos. Así como a la intervención dirigida a través del Estado, principalmente como resultado de la política indigenista iniciada al menos en la década de los cuarenta del siglo XX, con un desarrollo de estrategias que contemplaba la introducción de elementos biomédicos en la región.

⁹ La violencia obstétrica es una forma de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud [bajo cualquier modelo de atención público o privado] (...), su ejercicio incluye regañones, burlas, ironías, amenazas, humillaciones, manipulación o falta de información, negación de tratamiento o aplazamiento de la atención, indiferencia, utilización de la paciente como recurso didáctico, el manejo del dolor durante el trabajo de parto como castigo, coacción o daño deliberado a la salud física y psicológica (Informe GIRE;2013).

Por ello, quizá sería adecuado señalar la prevalencia de un proceso transcultural, en donde las culturas consideradas antes como esferas separadas, en realidad se entretrejen en forma de red con distintos resultados (Welsch 2011: 11-37). Sin caer en una perspectiva de relativismo, y tomando en cuenta las dinámicas establecidas con la suma de inequidades y las relaciones de poder existentes, me parece que tal acercamiento permite comenzar a elaborar un panorama acerca de las reedificaciones en torno a las prácticas de las parteras y los parteros, así como de los procesos de entrelazamiento ocurridos.

5. FORMAS DE SER PARTERA

Respecto al campo de atención al parto, en conjunto con la teoría, la observación directa me ha permitido comprobar la penetración biomédica en diferentes niveles como practica normalizada para las parteras tradicionales, tanto de la zona urbana como de algunas comunidades relativamente cercanas a San Cristóbal de Las Casas. No obstante, en la mayoría de los casos que pude documentar también se conserva en mayor o menor medida la aplicación de algunos elementos y recursos relacionados a una noción de nacimiento ligada a la cosmovisión maya referida por la antropología clásica. Desde mi perspectiva, el punto más alto de dicho escenario se da con las parteras de la zona urbana y zonas aledañas integradas a las capacitaciones del SSA y otras instituciones de salud pública, donde se inserta el grupo del que me ocupó en este trabajo.

Otro nivel de interacción entre lo que puede denominarse como partería tradicional y la biomedicina se da en los procesos de autoatención relacionados al ámbito doméstico¹⁰. Ahí las actividades de la partera son llevadas a cabo por un familiar cercano a la parturienta o por ella misma. En estos casos, además del uso de recursos herbolarios o de origen animal aplicados para las infusiones, los baños y los masajes, he podido constatar la utilización de guantes, gasas, navajas de afeitar, estetoscopio pinard, pañales, vendas, toallas sanitarias y

¹⁰ Siguiendo a López Austin (2016) entiendo el concepto tradicional como un acervo «compuesto por formas mentales y formas de acción que a través de los siglos han demostrado su utilidad», pero que al mismo tiempo no puede ser visto como un cúmulo de conocimientos cristalizados. Sino que se encuentran definidos a partir de las dinámicas y modificaciones efectuadas por el «grupo humano generador» adaptándose al paso de la historia en la medida que ganan y pierden elementos.

torundas de algodón, así como el manejo de antisépticos, vitaminas, antibióticos y oxitócicos¹¹.

A la par de los recursos biomédicos, se recurre además al rezo para asegurar el buen desarrollo del bebé durante la gestación o para curar la enfermedad cuando éste ha nacido. Además se relaciona la presencia de hipo o las pesadillas durante la gravidez con malestar del espíritu nonato, y en ocasiones se da un significado y un tratamiento especial al saco amniótico y a la placenta, consideradas aún como anuncios que signan el futuro del nacido.

La situación es similar para algunas de las parteras del área de Huixtán registradas por IMSS-Oportunidades, quienes además de continuar utilizando recursos herbolarios y baño temazcal para atender aspectos relacionados al parto, periódicamente reciben materiales como pinzas, gasas, guantes y vendas por parte de dicho programa para cuidar a las mujeres de sus comunidades, sin tener acceso a talleres sobre el manejo de los recursos proporcionados.

Debe mencionarse también a las parteras tradicionales tsotsiles integrantes de la comunidad musulmana en San Cristóbal de Las Casas, cuya práctica combina elementos religiosos del islam con tradiciones herbolarias de la región y métodos de asepsia biomédica, así como algunos otros artículos de uso común relacionados a la implantación de la medicina.

En la gama de la interrelación aquí reseñada se encuentra también la práctica de las parteras bases de apoyo del Ejército Zapatista de Liberación Nacional, quienes trabajan con un modelo de atención donde se integran elementos herbolarios tradicionales y aspectos biomédicos.

Por otro lado, dentro de las dinámicas percibidas, debe indicarse la existencia de espacios con mayor renuencia a introducir aspectos de la biomedicina. Este es el caso de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), donde la partería es considerada como un don de dios, aprendido principalmente de forma onírica. Por lo tanto,

¹¹ Los oxitócicos son fármacos que favorecen el inicio y el trabajo de parto, con la producción involuntaria de contracciones. Cabe señalar que su aplicación en una forma inadecuada genera graves riesgos a la salud de la madre y el bebé que está por nacer.

la protección a la mujer durante el embarazo y el parto es asegurada a través de rezos mediante los cuales se pide a dios para cuidar el *ch'ulel* del recién nacido¹².

Otras labores llevadas a cabo son los masajes y la utilización de plantas, animales y minerales para curar, así como los baños en temazcal. Para las parteras integrantes de OMIECH la muerte materna se relaciona con dificultades familiares y de pareja, con la soledad de las mujeres, con envidias o con la falta de interés para visitar a la partera y al pulsador, quienes pueden prevenir un problema. Con el fin de evitar situaciones de aborto se aconseja a los maridos no golpear a la pareja; y que las embarazadas lleven a cabo menos trabajo. En caso de partos prolongados, gemelares o hemorragias uterinas se recomienda acudir al hospital (OMIECH,1989: 2-8).

Por otra parte, debe apuntarse la existencia de casas de parto en San Cristóbal de Las Casas, con un perfil de parteras designadas por Davis Floyd con el término de posmodernas (Floyd, 2007) . En el caso señalado corresponde a mujeres de origen nacional y extranjero, instruidas escolarmente en distintas áreas de conocimiento, que orientan sus actividades hacia la difusión de derechos reproductivos, mejoras de servicios en el campo obstétrico y la apertura de nuevos nichos de mercado con espacios de atención para población de sectores sociales de estatus medios y altos. Bajo este modelo, algunas de las practicas utilizadas se justifican y representan como parte de un saber originado en la partería precolombina. Cabe indicar que investigadoras como Sánchez Ramírez señalan que este tipo de lugares dan la posibilidad a las mujeres de retomar el control de su cuerpo, ya que son una opción para parir sin medicalización innecesaria (Sánchez, 2016).

Finalmente, hay que señalar el trabajo en Los Altos de parteras egresadas de Escuela de Parteras Profesionales CASA A. C. Una de las cuatro escuelas autorizadas en el país para expedir cédulas y título a sus estudiantes a nivel técnico. Cuyo perfil de ingreso está orientado a captar parteras jóvenes de comunidades rurales para educarlas bajo la

¹²El *ch'ulel* puede explicarse como una entidad animíca que forma parte de la noción de persona de los pueblos alteños, junto con otras entidades, se encuentra ligado a la vida material del cuerpo «...en sentido estricto, entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, el término *ch'ulel* designa la entidad sutil que reside en el cuerpo y fácilmente lo abandona; camina por medio del viento, del aire y en un segundo está donde desea.». De modo que su daño o ausencia pueden conducir a diferentes tipos de enfermedad o incluso a la muerte. (Page, 2005: 140, 168-169).

racionalidad de la biomedicina. En Los Altos hay al menos tres parteras originarias del estado que corresponden a estas características, cuya labor en ocasiones se ha ligado a servicios ofertados por la SSA y en otros momentos se ha dado de forma independiente.

Cuadro II: Tipología de parteras		
Partera	Recursos tradicionales	Recursos Biomédicos
Parteras tradicionales captadas por instituciones de salud pública	Herbolarios, sobadas, temazacal, limpias, mal de ojo.	Medidas de asepsia. Guantes, gasas, navajas, estetoscopio, toallas sanitarias, torundas de algodón. Toma de presión sanguínea, ultrasonidos, análisis de laboratorio, consultas ginecológicas. Aplicación de vitaminas. Conocimiento de oxitocina.
Parteras tradicionales domésticas	Herbolarios y de origen animal, sobada	Medidas de asepsia. Guantes, gasas, navajas, estetoscopio pinard, pañales, vendas, toallas sanitarias, torundas de algodón. Conocimiento de oxitocina
Parteras tradicionales de comunidades rurales	Herbolarios y de origen animal, sobada, temazacal	Medidas de asepsia. Guantes, gasas, navajas, pañales, vendas, toallas sanitarias, torundas de algodón. Conocimiento de oxitocina
Parteras tradicionales tsotsiles de la comunidad musulmana	Herbolarios	Métodos de asepsia biomédicos
	Religiosos pertenecientes al islam	
Parteras zapatistas	Herbolarios , sobada	Medidas de asepsia . Guantes, gasas, navajas, estetoscopio, toallas sanitarias, torundas de algodón. Toma de presión sanguínea, ultrasonidos, consultas ginecológicas. Planificación familiar. Conocimiento de oxitocina.
Parteras de OMIECH	Herbolarios y de origen animal, sobada Temazcal	Medidas de asepsia. Toallas sanitarias, alcohol, torundas de algodón. Recomendaciones para asistir al hospital. Conocimiento de oxitocina.
Parteras posmodernas	Herbolarios	Medidas preventivas, medidas de asepsia, cuidado integral de la salud, detección de condiciones patológicas, atención primaria de urgencias, referencia hospitalaria
Parteras técnicas (CASA)	Herbolarios	Cuidados de salud gineco-obstétrica y neonatal a nivel primario. Detección de condiciones anormales

		en la madre y el bebé bajo el esquema biomédico. Educación prenatal, planificación familiar.
--	--	--

FUENTE: Elaboración propia a partir de observaciones realizadas en campo y de consultas en línea: Asociación mexicana de partería, CASA A.C.

Tomando en cuenta las distintas formas de ser partera que se ligan al espacio geográfico referido, en esta investigación destaco el rol del grupo estudiado como un conjunto de agentes cuya circunstancia es erróneo definir a partir de un conocimiento homogéneo caracterizado como milenario; tampoco es posible ubicarlo en los discursos recientes de parto humanizado y de reivindicación femenina contra la imposición patriarcal medicalizadora. Antes bien, debe explicarse a partir de la observación de actores que han producido y combinado distintos conocimientos ante la falta de infraestructura y la necesidad material de resolver situaciones de salud en la esfera familiar o comunitaria, echando mano de los recursos que puedan resultar útiles. Esta precisión posiciona mi trabajo en una esfera de análisis político, y en la existencia de una perspectiva institucional que con el argumento del respeto a lo cultural disimula distintos tipos de inequidades hacia las parteras denominadas en dicho ámbito como tradicionales.

6. DESARROLLO DEL CAPÍTULO

Al proponer como objetivo principal el análisis de relaciones de poder, la construcción de saberes y la exclusión de las parteras captadas por la SSA, el cuerpo de la obra que he elaborado ha quedado estructurado en tres capítulos que a continuación reseño.

En el primer capítulo me acerco a la identificación de antecedentes y características de la relación entre parteras tradicionales y programas de atención a la salud materna en Los Altos, a través de la óptica del proceso de medicalización. Con la finalidad de explicar en qué medida las dinámicas implementadas desde la esfera de la regulación institucional han modificado en lo individual el trabajo de las parteras. Cabe acotar que el señalamiento de la construcción de saberes como dispositivo biopolítico con efectos anatomopolíticos, no implica una evaluación de la implantación biomédica en sus resultados respecto a la salud de la población, sino el señalamiento de la medicalización como un conjunto de normas estructuradas y derivadas entre si, en acuerdo a un contexto.

Siguiendo el eje de la investigación, en el segundo capítulo exploro los fundamentos que definen el quehacer de las parteras llamadas tradicionales por la SSA, para lo cual discuto el significado de los conceptos de cultura e interculturalidad, con la finalidad de explicar el sentido de la función de dispositivo de control en relación con las dinámicas de disciplina y normalización organizadas bajo las estrategias de la biopolítica y la anatomopolítica en el campo estudiado. Como parte de la discusión incorporo las reflexiones de autores como Wallerstein (1990), Giménez (2005), Díaz (2006), Walsh (2009, 2010), Tubino (2001, 2004, 2005), Dussel (2004), Cruz (2014) y Villoro (1998), así como de la perspectiva institucional.

En este apartado también describo los espacios de atención relacionados a las parteras y analizo algunos fragmentos discursivos producidos por las mismas desde la experiencia intercultural, a partir de la metodología de análisis de discurso propuesta por Volóshinov (2009), debido a que en mi opinión dicha metodología permite describir el contexto en forma detallada para observar los efectos de las relaciones que se dan entre discurso y la reproducción de discursos acordes a un determinado dispositivo (Foucault, 1992).

Como parte del capítulo final, explico el contexto de exclusión del grupo estudiado. Por ello recorro a las aportaciones hechas por Agamben respecto al concepto de biopolítica propuesto por Foucault. Desde ahí señalo la manera en que la lógica de las acciones trazadas a través del proyecto gubernamental, además de modificar la práctica de las parteras, provoca una mayor asimetría social, excluyéndoles de la posibilidad de un proyecto viable para realizar su labor.



Imagen 2. Partera Clínica de medicina tradicional del hospital de las Culturas

CAPÍTULO I

EL AVANCE MEDICALIZADOR Y LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica (Foucault, 1996:87).

El desarrollo del presente capítulo se orienta a la identificación de antecedentes y características de la relación entre parteras tradicionales y programas de atención a la salud materna en Los Altos de Chiapas. Para alcanzar el objetivo esbozado en la primera sección exploro algunas de las implicaciones que definen la articulación de prácticas tradicionales y prácticas biomédicas, a partir de las contribuciones realizadas por Foucault al estudiar el desarrollo de la biomedicina como parte de un sistema económico y político de poder fundado en la modernidad occidental. En el segundo apartado contextualizo los inicios de la organización de programas de atención a la salud materna en la región y detallo los vínculos actuales entre parteras tradicionales y la SSA en San Cristóbal de Las Casas. Por último, particularizo los efectos de la expansión biomédica en el entorno estudiado con la historia de vida de Doña Marcelina.

1. EL DOMINIO BIOMÉDICO

A continuación me ocuparé de indicar algunas de las características que enmarcan el posicionamiento sociohistórico de las funciones biomédicas y la trascendencia de la medicalización como una técnica política de regulación general en el ámbito del control de la vida y la sociedad¹³. De manera posterior discutiré la relación de la biomedicina con otros modelos de atención a la salud, entre los que se encuentra el denominado modelo tradicional, con la intención de señalar algunas de las transformaciones anatomopolíticas en el contexto estudiado.

Siguiendo a Foucault en obras como *El nacimiento de la clínica* (2001a) y *La Vida de los hombres infames* (1996), es posible comprender la racionalidad biomédica como un proceso de larga duración que comenzó a desarrollarse en el siglo XVIII, concluyendo las bases de dicha transición hasta la segunda mitad del siglo XX con documentos como la *Carta del Atlántico* (1941) o el *Informe de Beveridge* (1942), que en la postrimería de La Segunda Guerra Mundial mostraron el interés de distintos países por impulsar un sistema de seguridad social, delegando a la tecnología médica la vigilancia del individuo y la sociedad más allá del concepto de enfermedad (Foucault, 1996:67- 71)¹⁴.

El inicio del régimen somático descrito por Foucault se asocia en primer lugar a la organización de un episteme. Las aportaciones de personajes como Linneo al campo de las ciencias naturales y la botánica otorgaron a la biomedicina la posibilidad de producir conocimientos con un despliegue de observación, teoría y evidencia, que más tarde revolucionó las concepciones elaboradas hasta entonces en temas de salud (Foucault, 2001).

Como parte de cambios señalados en el proceso medicalizador se cuenta el desarrollo de un lenguaje específico para nombrar fenómenos mórbidos, la detección y comparación de síntomas, el descubrimiento de factores ambientales como desencadenantes de la

¹³El concepto de medicalización es definido desde la perspectiva de Foucault para hacer referencia al proceso a través del cual la biomedicina se desborda de su función habitual para imponerse al individuo y a la sociedad como autoridad (Foucault, 1996:75).

¹⁴ El enfoque de larga duración es una propuesta de Fernad Braudel para observar, comprender y ubicar las causas y el impacto de un fenómeno a través de un periodo de tiempo que involucra siglos, por ello considero pertinente su alusión en este trabajo (Braudel, 1970).

enfermedad, el afianzamiento de valores arraigados a una educación escéptica respecto a la existencia de causas sobrenaturales como responsables de malestar físico, un sistema de clasificación y la aparición de conceptos relacionados a ideas de limpieza e higiene entre otras (Foucault, 1996:115-120).

La configuración del nuevo saber biomédico en el periodo detallado fue acompañada por una perspectiva innovadora acerca del espacio hospitalario «En el siglo XVIII, la medicina adquirió, por primera vez, (...) fuerza para lograr que ciertos enfermos salieran del hospital. [Hasta antes de eso] (...) el hospital representaba un claustro para morir» (Foucault, 1996:73).

Con la reorganización de los nosocomios el personal médico sustituyó al religioso. El cambio implicó la imposición de una función disciplinar inspirada en la identificación de procesos de curación, con la introducción de reglamentos y sistemas de registro capaces de proporcionar datos para facilitar la transmisión de información y la estadística (Foucault, 1996:109-113).

Como «aparato de medicalización colectiva» (Foucault, 1996:77), el hospital se convirtió en un lugar de formación práctica, dando origen a transformaciones como la patología, la especialización de técnicas y la comprobación de la eficacia de diferentes medicamentos. En consecuencia, la búsqueda y los derroteros biomédicos se inclinaron por la identificación de órganos enfermos, así como de síntomas y signos específicos para evidenciar afecciones y causas fisiológicas que terminaron por definir al individuo y a las poblaciones como sujetos y objetos de conocimiento propensos al mejoramiento y la perfección (Foucault, 2001:97-115).

Gracias a la posibilidad de combatir enfermedad y muerte, la autoridad social del saber biomédico se acrecentó otorgándosele con ello la posibilidad de incidir en ámbitos externos, es decir de medicalizar diferentes espacios de la materialidad y de la vida misma. El ejercicio de su poder se reflejó en una progresiva «toma de decisiones relativas a una ciudad, un barrio, una institución (...) la medicina y la salud [se presentaron entonces] como problema económico y político» (Foucault, 1996:77-80).

Entre las formas de aplicación pública establecidas por la expansión biomédica pueden seguirse tres trayectorias. La primera se distingue por una medicina de Estado, interesada en un manejo de recursos naturales y de la población para fortalecer la administración estatal. En dicho caso el interés se liga a la fuerza laboral en la medida en que su impulso permite resolver a cada Estado conflictos relacionados con sus contrapartes (Foucault, 1996: 88-92). Un segundo direccionamiento se encuentra dado por la medicina urbana, cuya característica central fue el control y la distribución de espacios comunes y de recursos naturales como el aire y el agua para evitar el hacinamiento y la propagación de enfermedades (Foucault, 1996:92-100). Por último se encuentra la fórmula de la medicina de la fuerza laboral, con dinámicas orientadas al «control de la salud de las clases más necesitadas, para que fueran aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas» (Foucault, 1996:105). Como parte de las facetas de la medicina de la fuerza laboral se robustecieron además la asistencia y la administración de la salud (Foucault, 1996:101-105).

Hacia la segunda mitad del siglo veinte la justificación del saber médico para intervenir todos los ámbitos de lo social sobrepasó la necesidad de garantizar la capacidad de producción de poblaciones o individuos. La economía de consumo y la tecnología terminaron por fijar como uno de sus objetivos primordiales el control del cuerpo, «en la medida que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros (...) en la medida que se convirtió (...) en [un] producto que puede ser fabricado por unos laboratorios farmacéuticos (...) [modificado] y consumido por (...) los enfermos posibles y los reales» (Foucault, 1996:81).

Las regulaciones impuestas por la biomedicina se naturalizan en la actualidad a través de «una moral del cuerpo, acompañada de una copiosa literatura (...), [por derechos] y la obligación de los individuos a garantizar su salud y la de sus familias» (Foucault, 1996:68), la noción de peligro, ha sido sustituida por ideas de precaución y riesgo. El efecto de la intervención médica se ha exacerbado en procesos de alimentación, higiene y sexualidad, así como en el control de pensamientos, sensaciones y acciones que conducen a determinadas formas de vivir. Las tecnologías de la biopolítica y la anatomopolítica han propiciado una ocupación del cuerpo total, interiorizándose de manera positiva y

produciendo sentido de acuerdo a normas consideradas como correctas o verdaderas que finalmente se posicionan como dominantes por consenso social (Foucault, 1996).

Ahora bien, en mi opinión la observación del desarrollo histórico de la biomedicina es adecuada en el presente trabajo porque posibilita la comprensión de la medicalización como un efecto biopolítico. De acuerdo a la propuesta revisada en párrafos anteriores, el carácter estructural y las atribuciones concedidas a la biomedicina han dado como resultado que la mayor parte de aspectos en la organización de la vida y de la sociedad se encuentren matizados por su enfoque, incluso las formas de medicina alternativa o tradicional que «solo pueden contraponer a la medicina hechos o proyectos revestidos de una cierta forma de medicina» (Foucault, 1996:78).

En el proceso señalado la biomedicina se ha relacionado con prácticas de curación diferenciadas culturalmente en diversos espacios. Sin embargo, en la mayoría de casos tal relación ha sido ejercida a partir del sometimiento en forma pasiva de lo extraño, argumentando el éxito y prestigio de los fundamentos propios¹⁵.

¹⁵ En relación al tema considero adecuado retomar además el concepto de modelos médicos de atención propuesto por Menéndez (1992). Dicho término es explicado por su autor como una representación abstracta que agrupa elementos y rasgos comunes a una determinada concepción sobre la salud. El conjunto incluye «no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica [de los agentes que ofrecen curación], sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento» (Menéndez, 1992 :100). En la clasificación realizada por Menéndez, los modelos médicos se agrupan en tres tipos. El primero corresponde al Modelo Médico Hegemónico (MMH), con una concepción biomédica que contiene ideas de la salud orientadas a brindar soluciones principalmente biológicas, bajo fundamentos científico-positivistas que se traducen a condiciones de «ahistoricidad, asocialidad, individualismo y la definición de la salud en términos de mercancía» (Menéndez, 1992:101). La segunda clasificación elaborada es el modelo médico alternativo subordinado. En este rubro se agrupan las prácticas denominadas como tradicionales, éstas «no sólo proceden del pasado, sino que en gran medida son derivaciones o emergentes del MMH » (Menéndez, 1992: 101). En tercer lugar se ubica el modelo de autoatención, aplicado como primer recurso por la persona que necesita

La dinámica referida puede observarse en el país respecto a la partería con la organización sanitaria colonial establecida a partir del siglo XVII. Época en que las *Constituciones y Ordenanzas para el Régimen y Gobierno del Hospital Real y General de los Indios de la Nueva España*, dictaminadas por el *Real Tribunal del Protomedicato*, determinaron medidas para el ejercicio de médicos, cirujanos, boticarios y parteras. En el libro *La Obstetricia en México (1910)*, Nicolás de León señala que las disposiciones para obtener la acreditación de partera incluían la comprobación de pureza de sangre y cartas de buena conducta. Durante dicho periodo inició también el desarrollo de cátedras de obstetricia impartidas en la Universidad Real y Pontificia dentro de la enseñanza de anatomía y cirugía, generándose con ello una discontinuidad entre la institucionalización biomédica y la práctica de la partería que fue ejercida en hospitales por parteros, religiosas o por mujeres viudas en edad madura, mientras que las parteras no acreditadas por razones de escolaridad o pureza de sangre ejercían su labor en la clandestinidad, haciendo visible la estratificación social y la discriminación existente durante las distintas etapas de la Nueva España (Nicolás de León, 1910).

Las transformaciones históricas vividas a lo largo de siglos posteriores, con los procesos de la Independencia y de la Revolución, produjeron un sin fin de cambios, pero de manera general puede indicarse el tránsito hacia la construcción de un Estado mexicano, fundamentado en la organización del modelo liberal, en el que las condiciones de heterogeneidad cultural de los habitantes, visibles para entonces a través de diversas ruralidades, no lograron resolverse, pero sí ignorarse. Puesto que las nociones de Estado,

recuperar la salud, o por algún integrante de la red de apoyo más cercana al afectado que no necesariamente es curador (Menéndez, 1992: 102).

Con una perspectiva similar a la foucaultiana, Menéndez indica que el desarrollo económico y político del capitalismo derivó «en la emergencia de varios modelos de atención médica. En dicho proceso el modelo médico hegemónico intenta la exclusión ideológica y jurídica de otros modelos alternativos» como parte de los fundamentos de su propio funcionamiento al considerarse el saber con mayor validación respecto al orden, mantenimiento y producción de la vida (Menéndez, 1992: 98).

nación y modernización implicaban condiciones de homogeneidad e identificación ideológica. Así las cosas, dentro del desarrollo, la urbanización, el crecimiento demográfico, la industrialización, la profesionalización y el surgimiento de la clase media, el oficio de las parteras quedó relegado paulatinamente al ámbito campesino bajo condiciones socioeconómicas que lo vincularon cada vez más a un contradictorio discurso indigenista que por un lado valoraba el legado cultural de pueblos y comunidades rurales; pero, por otro les consideraba "atrasados" en sus prácticas.

Es así como a partir de la primera mitad del siglo XX se diseñaron proyectos de integración nacional que pugnaban por programas de aculturación para los pueblos indígenas, entre los que se tomaron en cuenta medidas que incluían las capacitaciones a curadores y parteras denominados tradicionales para un manejo adecuado de la salud. Desde entonces, las políticas desplegadas han ido transformándose de acuerdo a circunstancias coyunturales, añadiendo recientemente al discurso institucional conceptos como multiculturalismo, interculturalidad, género y parto humanizado. Sin embargo, en el fondo del problema la discriminación y el racismo siguen definiendo las relaciones de poder establecidas en el rubro estudiado.

El fenómeno extensivo de la biomedicina, bajo los límites esbozados, se corroboran en el tema que ocupa la investigación de este trabajo debido a que en la relación establecida entre parteras tradicionales y la institución biomédica los conocimientos de las primeras son significados desde una perspectiva de pensamiento que supone la existencia de una cultura con mejores herramientas para atender a la salud, por tanto la interacción en sus fundamentos no significa un intercambio de conocimientos en igualdad de condiciones, sino un mecanismo de elementos que pretenden convencer a una de las partes de los beneficios del método científico y del funcionamiento de un modelo de atención.

Se trata de garantizar asistencia calificada durante el parto, de brindar protección frente al riesgo. Implica la asimilación de un dispositivo de poder con un saber que ejerce predominio en la subjetividad para hacer preferibles determinadas acciones. Para ello ha sido necesario hacer dudar a las parteras de sus propios conocimientos, insistir en el riesgo, en la sangre, la muerte y la criminalización. En resumen, fue necesario medicalizarlas.

El proceso referido ha sido impulsado en las poblaciones de Los Altos a través de programas sociales de salud gubernamental, de ONG'S y de la iglesia. Uno de sus resultados a largo plazo es la pérdida de validez social de la partera frente a la comunidad. De manera que, para ser valorada como capaz de cumplir con su función, la partera ahora debe ser reconocida primero por promotoras institucionales y autoridades de orden administrativo, es decir debe estar censada por el sistema de salud. La operatividad de dicha iniciativa ha sido justificada a través de los años como una vía para lograr mejoras respecto a la atención materna, sin embargo, su forma de ejecución encubre la imposición, el control de la fuerza de trabajo y los recursos de la partera con el propósito de direccionarlos hacia la administración biomédica y la regulación biopolítica. Para comprender este tipo de dinámicas es necesario revisar el contexto en el que se ha dado el desarrollo de programas de atención al parto en la región. Dicho tema será abordado en el próximo apartado, retomando únicamente los aspectos institucionales del proceso.

2. NACER EN LOS ALTOS. PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL PARTO

En esta sección examino los rumbos de organización que han tenido los programas de atención al parto en Los Altos y la relación de las parteras tradicionales con éstos. Iniciaré apuntando nuevamente hacia el proceso nacional de la historia que marca el paso de una sociedad preponderantemente rural a una urbana, permeada por tendencias de unidad y homogenización, en cuyos preceptos se incluían ideas de mestizaje cultural y desarrollo. Son dichas aristas, junto con las corrientes científicas del positivismo, la modernidad y más tarde el humanismo, las que fundaron las bases para dar forma ideológica al país; y es bajo su dinámica que se incorporan tendencias intelectuales, exigencias educativas, organizaciones institucionales, así como las propuestas y discursos sobre la salud y la higienización personal y social.

Una consecuencia de ello puede advertirse con la elaboración de las primeras políticas integracionistas durante la época del cardenismo en el siglo XX, cuya base de acción propuso abiertamente la mexicanización de todos habitantes del territorio, así como mejoras a la salud pública «al considerar que la dispersión de la población era un obstáculo al progreso (...) y que la condición biológica de muchos grupos (...) minimizaba la energía de la gente» (Solís, 1975:5) .

Dentro de las estrategias organizadas en dicho sentido Page señala la implementación de medidas sanitarias en el espacio rural (Page, 2002:16). De modo que en la década de los treinta fue puesta en práctica la extensión de servicios a través de la recién creada figura del servicio social, ofrecida por estudiantes de la Escuela Superior de Medicina Rural del Instituto Politécnico Nacional (IPN) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que entre otras acciones llevaban a cabo programas de vacunación forzada y campañas de higiene¹⁶.

En 1943, las bases fundamentales del Sistema Nacional de Salud quedaron constituidas con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para ofrecer seguridad a trabajadores inscritos en la economía formal; y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública (actualmente SSA) con el fin de socorrer a la población desprotegida. Aunado a ello, la fundación del Instituto Nacional Indigenista (INI) en 1948, como filial del Instituto Indigenista Interamericano (III), planteó entre sus principales objetivos la organización y ejecución de medidas y obras destinadas a mejorar las condiciones de vida de las comunidades indígenas en coordinación con distintas dependencias de orden federal.

Desde entonces se instauraron diferentes acciones para influir en una transformación de los ámbitos domésticos y productivos de los pueblos originarios, tales objetivos fueron ejecutados por primera vez a través del Centro Coordinador Indigenista Tseltal-Tsotsil (CCTT) ubicado en Los Altos de Chiapas.

De modo que en el campo de la salud, la consulta del archivo histórico del CCTT en su serie de salubridad ofrece datos importantes para comprender los programas promovidos a nivel local sobre el cuidado materno infantil en relación con la partería y el efecto medicalizador de la implantación biomédica. Por ejemplo, un informe de actividades generales orientadas a la salud en 1961 señala elementos relevantes al describir hasta ese

¹⁶ Para el centro del país Castañeda Núñez indica el inicio institucional de las capacitaciones a parteras empíricas (Castañeda Núñez, 1988).

momento la imposibilidad para realizar programas de higiene que permitieran «desarrollar los aspectos básicos del cuidado de la madre y el niño»¹⁷.

Las razones del impedimento se enlazaban por un lado a la desconfianza de la población para aceptar métodos de atención al parto bajo el modelo biomédico; por otro lado, el legajo advierte falta de personal suficiente para llevar a cabo visitas en los hogares. Durante los años previos a este periodo las acciones materno infantiles en la esfera institucional parecen haber quedado reducidas a las actividades de educación efectuadas por otros programas, como la prevención de la viruela, la tifoidea, el fecalismo y la ascaridiasis¹⁸. Es decir, sin un contacto directo con las parteras pero con un proceso de medicalización en marcha. En contraparte a los pocos datos referidos sobre aspectos maternos, destacan los informes acerca de la situación de vida que enfrentaba la población en dicho momento:

Las condiciones higiénicas de las habitaciones son malas pues cuenta cada familia con una sola choza pequeña, que no está ventilada sino por la puerta de entrada y en cuyo interior viven en promiscuidad. Muy seguido y sobre todo en las mujeres se encontraron piojos de la cabeza y del vestido. El aseo personal es nulo¹⁹.

Asimismo, las cartas con peticiones de medicamentos por parte de los promotores culturales contienen información relevante en relación con el avance biomédico:

Escuela Corralito Oxchuc Chis, Octubre 23 de 1955

Muy distinguido Doctor Roble:

Por medio del presente me permito suplicarle que el señor Manuel Santis Kituk se encuentra muy grave de dolor de la enfermedad que tiene, así que le ruego si es posible que haga usted favor de mandar algunas pastillas para calmar el dolorido que tiene.

¹⁷ Archivo Histórico del CCTT, Sección salubridad, subserie informes, caja 3, expediente 0029.

¹⁸ Archivo Histórico del CCTT, Sección salubridad, subserie campaña epidemiológica, caja s/n , expediente 0020.

¹⁹ Archivo Histórico del CCTT, Sección salubridad, subserie campaña epidemiológica, caja s/n , expediente 0020.

Reitérole a usted mi respeto
Respetuosamente
El promotor Cultural: Martín López Chik²⁰

A partir de los datos encontrados en los legajos, y gracias a las aportaciones hechas respecto a la historia del Centro Coordinador por Aguirre Beltrán (1994), es posible diferenciar durante esta etapa una organización de objetivos orientados a la expansión biomédica con la intención de solucionar «la condición pavorosa en la que viven los pueblos étnicos» (Aguirre Beltrán, 1994:39), en donde además se hace una clara separación entre el conocimiento científico de la medicina occidental a favor del bienestar social y la ideología mágico religiosa como una limitante del progreso para el país.

En el marco de las medidas emprendidas se cuenta la organización de puestos médicos de atención, las campañas de higienización y de fumigación, así como la aplicación del modelo de promotor cultural y promotores de educación para atender diferentes tareas, entre ellas funcionar como un tipo de enlace entre la biomedicina, la medicina tradicional, las instituciones y la población; y como medio para incidir en la transformación de valores, creencias y representaciones vinculadas a los procesos de salud, enfermedad, atención.

Por otro lado, a la par de tales planteamientos, desde el campo del análisis antropológico debe considerarse la elaboración de propuestas de medicalización que señalaban tolerancia y respeto hacia los recursos generados por los pueblos en el campo de la enfermedad²¹. Cuyas dinámicas nacionales pueden observarse con mayor fuerza a partir de la década de los setentas, sumándose por una parte a rompimientos y transformaciones epistémicas que se inclinaban cada vez más hacia el reconocimiento y la validación de la medicina tradicional (herbolaria) como modelo de atención bajo la influencia de la biomedicina. Así como a la normatividad de organismos internacionales entre los que se cuentan la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Unión de

²⁰ Archivo Histórico del CCTT, Sección salubridad, subserie campaña epidemiológica, caja s/n , expediente 0020.

²¹ En 1955 un trabajo de Lorenzo Morales Landin sobre la salud en el municipio de Oxchuc señala la necesidad de conocer los principios de la medicina tradicional y su vinculación al ámbito religioso para evitar un choque cultural y el consiguiente fracaso de la biomedicina en la aplicación de programas.

Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) que en el escenario bipolar de la Guerra Fría estaban interesados en mejorar las condiciones de la población menos favorecida, sobre todo de los países del tercer mundo. Bajo dicho marco fueron firmados convenios como los de la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud (Alma-Ata 1978). Que entre sus apartados postulaba la promoción y la protección de la salud argumentando su importancia para el desarrollo económico y la paz mundial.

Una de las aportaciones medicalizadoras vertidas como parte de la conferencia Alma-Ata fue destacar la asignación de derechos y obligaciones de «los pueblos originarios del mundo» para que éstos participaran individual y colectivamente en procesos de planificación y ejecución. Así como el compromiso de los Estados para darle un cause a tales procesos. Definiéndose la atención primaria en salud como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (OMS-UNICEF, 1978).

En este sentido, las actividades propuestas a través de la conferencia incluyeron puntos relacionados a la educación en problemas de salud y métodos de prevención, sobre nutrición, abastecimiento de agua potable, asistencia materno infantil, planificación familiar; inmunización contra enfermedades infecciosas, prevención contra las enfermedades endémicas y suministro de medicamentos. Otro aspecto significativo fue la inclusión de todos los sectores nacionales y «el fomento a la autorresponsabilidad de la comunidad en la planificación y la organización de los programas de atención» (OMS-UNICEF, 1978).

Las directrices de los cambios ocurridos en el proceso de expansión biomédica pueden apreciarse además a partir de la creación de organismos como el *Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales* (IMEPLAM), la *Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados* (COPLAMAR); y de manera

posterior, en los objetivos institucionales establecidos por el INI al señalar la necesidad de «Lograr el equilibrio entre el acceso a la modernidad económica, el respeto a la diversidad cultural y a la participación y al fortalecimiento de la identidad nacional» (CDI, 2012: 15).

En cuanto a la planeación de actividades de los promotores culturales en la región, para 1977 se proponía como objetivos en el área materno infantil realizar censos e historias clínicas de mujeres embarazadas, establecer contacto con parteras para brindar atención higiénica, proporcionarles cinta umbilical y medicamentos como inductores de parto (ergonovina) y gotas desinfectantes de cloranfenicol para los ojos del recién nacido²².

En 1983, un informe del IMSS-COPLAMAR sobre las actividades del mes de enero de las parteras tradicionales en Tenejapa refiere el uso por parte de las mismas parteras de antibióticos como la penicilina para evitar infecciones en las recién paridas²³. Hacia 1987, otro informe de objetivos del Archivo Histórico de la Secretaría de Pueblos Indios (SEPI) señala la importancia de efectuar:

Acciones que eviten los riesgos y daños a la salud proporcionando actividades preventivas y otorgando consultas médicas de primer nivel [y] logrando la participación de la comunidad con la formación de personal auxiliar para la aplicación de actividades (...) procurando que exista un acercamiento con intercambio de experiencias entre la medicina tradicional y la moderna²⁴.

Al considerar la información de los documentos, es posible señalar el inicio de una interrelación entre parteras tradicionales e instituciones en la década de los setentas, con la realización de censos, el suministro de material, medicamentos, y cursos de capacitación, sin que hasta el momento haya sido posible determinar la frecuencia de dichas actividades o su área total de influencia.

En el marco del avance medicalizador y la relación descrita es necesario considerar algunos factores ligados al contexto económico y político de la época. Entre los que se encuentran

²² Archivo Histórico del CCTT, Sección salubridad, subserie campaña epidemiológica, caja5, expediente 0036.

²³ Archivo Histórico del CCTT, Sección dirección, subserie informes, caja 1, expediente 0010.

²⁴ Archivo Histórico SEPI, Sección Sub-SAI, sub-sección dirección, caja s/n, expediente 19.

el abandono de los objetivos establecidos internacionalmente en Alma-Ata y las transformaciones macroeconómicas del sistema económico global orientadas plenamente a convertir el derecho a la salud en objeto mercantil o bien en capital político bajo la racionalidad costo-eficiencia promovida por organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), que décadas más tarde, como parte del informe *Intervenir en Salud* (1993), formularon bajo dicha lógica diferentes medidas para extender los años de vida saludable de la población. Entre las que se leen propuestas administrativas para la descentralización de los sistemas sanitarios, la subcontratación de servicios, el impulso a la competencia de proveedores públicos y privados para la prestación de servicios, y el establecimiento de acreditaciones para las instituciones dedicadas al ramo.

En relación con la aplicación de conocimientos científicos se propuso desarrollar tecnologías preventivas, curativas y de diagnóstico; el fomento a comportamientos «conducentes a la buena salud». Así como la difusión de métodos de planificación familiar

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

Sin embargo, la evaluación sobre dicha medida devela aspectos de refuncionalización importantes si consideramos que en realidad su aplicación ha llevado a las parteras a interactuar la mayoría de las veces en un sistema vertical, donde sus opiniones y aportaciones sobre la salud de las mujeres que atienden no son escuchadas; y en cambio su utilidad es medida en relación con la representación colectiva que las liga al ideal de saberes milenarios mesoamericanos. Lo cual, en algunas situaciones conlleva a continuar tratándoles como objetos de museo, o en el peor de los casos como menores de edad. En

este sentido, la opinión de Doña Cándida, partera captada por la SSA en San Cristóbal de Las Casas, es precisa:

Es así como le digo, nomás nos traen de un lado al otro y nos dicen que todo está mal, no podemos sobar a la mujer, no podemos darle remedio, dicen que ya todo está mal, que hay que llevar al doctor, que vamos a matar a la mujer... Eso sí, lo que nosotros interesa saber, eso nunca lo dicen... Yo me pongo a pensar... pues que estoy loca para haber cuidado a tanta mujer sin saber, así siento... pero eso sí, a cada rato nos salen con que somos sus parteritas... Yo pienso que siempre lo he hecho mi trabajo y ahora me dicen que no vale, no tiene importancia... hay momentos que digo mejor me retiro... a veces he pensado eso en mi corazón.

La revisión de las bases organizativas de los programas de atención al parto en Los Altos y su contexto inmediato me lleva a comprobar y señalar el despliegue medicalizador como un hecho que se ha cumplido en diferentes momentos, con distintas orientaciones y con la participación de diversos actores. Uno de los objetivos estratégicos en el proceso han sido las parteras tradicionales, a quienes la perspectiva institucional ha cosificado convirtiéndolas en un elemento cultural de consumo que puede ser dirigido y aprovechado a conveniencia para resolver riesgos y problemas de atención a bajo costo, debido a la falta de infraestructura y personal clínico. Tal situación ha conducido a adjudicarles la responsabilidad sobre los altos índices de morbilidad y muerte materna prevalecientes en el estado, evadiendo con ello el reconocimiento de problemáticas estructurales; y acrecentando el control y la discusiones sobre la eficiencia de su labor en términos biomédicos. En el siguiente capítulo profundizaré sobre la relación actual entre parteras tradicionales y SSA y los efectos del proceso estudiado.

3. PARTERAS TRADICIONALES EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA DE SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS

En la esfera del supuesto reconocimiento a la diversidad impulsado en las últimas décadas a escala nacional, al que me he referido de manera anterior, la SSA ha diseñado diferentes estrategias, una de las cuales dio origen a la Dirección de Medicina Tradicional y

Desarrollo Intercultural, encargada de «impulsar la política intercultural en salud en la oferta de los servicios institucionales (...) con una visión innovadora que promueve la interrelación con la medicina tradicional mexicana» (DGPLADES:2015).

Observado a detalle, tal postulado parece incomprensible para el caso de Los Altos, donde como hemos visto hasta ahora la interrelación de la biomedicina con lo que se denomina medicina tradicional mexicana, en cuanto a la atención del parto, no resulta una proyección innovadora sino una práctica común. En dicho sentido, sugiero que las propuestas de integración de modelos de atención impulsados por la política indigenista mexicana desde la década de los cuarenta, continúan siendo vigentes para el caso estudiado, aunque matizadas por diversas coyunturas entre las que se cuenta el reciente discurso de la diversidad cultural.

Lo anterior se comprueba al explorar las dinámicas organizadas entre parteras e institución, tomando como punto de encuentro los métodos establecidos por el organismo administrativo que responde a la figura de la Jurisdicción Sanitaria. Cuyas funciones actuales obedecen a los cambios administrativos dados durante la década de los noventa, con el fin de promover la descentralización del Sistema Nacional de Salud²⁵. En Chiapas, la estructura del organigrama jurisdiccional se divide en diez núcleos correspondientes a Tuxtla Gutiérrez, San Cristóbal de Las Casas, Comitán de Domínguez, Villaflores, Pichucalco, Palenque, Tapachula, Tonalá, Ocosingo y Motozintla. La coordinación de servicios de salud en Los Altos se encuentra a cargo de la Jurisdicción Sanitaria II (San Cristóbal de Las Casas), que ofrece atención a dieciocho municipios, divididos a su vez en ocho zonas.

²⁵ Cabe destacar que dentro del marco jurídico establecido las atribuciones otorgadas a dichas unidades les conceden cierta autonomía para tomar decisiones a nivel local respecto a planteamientos y acciones de orden federal. Así como para «Vigilar la administración de los recursos humanos, materiales, financieros y de servicios generales asignados» (SSA,1994: s/p). Otras funciones para el estado refieren la capacitación de recursos humanos y el desarrollo de investigaciones en materia de salud (ISECH, 20014: 75). Respecto a su delimitación territorial, el área de influencia de este tipo de centros administrativos responde a criterios étnicos, culturales, económicos, políticos, sociales, ambientales y de desarrollo común, con el propósito de planificar la prestación de los servicios y atender necesidades de manera óptima (SSA, Ibídem: s/p).

De acuerdo a los datos facilitados por la coordinación de planeación y desarrollo de esta unidad administrativa, la infraestructura regional cuenta con dos hospitales de primer nivel ubicados en la San Cristóbal de Las Casas; cuatro hospitales básicos comunitarios situados respectivamente en Chamula, Chalchihuitan, Larrainzar y Teopisca; cuatro centros de salud con servicios amplios para San Juan Cancuc, Zinacantán, Santiago el Pinar y Aldama; dos clínicas de especialidades, una en Chamula y otra en San Cristóbal de Las Casas y tres centros de salud con hospitalización en Chanal, Yabteclum y Oxchuc, así como siete casas maternas o posadas de parto ubicadas en Zinacantán, San Juan Chamula, Tenejapa, Larrainzar, Yabteclum, San Juan Cancuc y Las Rosas. En cuanto a consulta externa se registran dos unidades médicas en San Cristóbal de Las Casas; veinte casas de salud, treinta unidades médicas móviles y ochenta y cinco centros rurales básicos de uno, dos y tres núcleos. La estructura distribuida en los dieciocho municipios esta destinada a ofrecer servicios a una población calculada en 706, 391 habitantes (INEGI: 2015). Sin embargo, es necesario indicar que al menos en lo concerniente a las casas maternas, en su mayoría éstas no se encuentran en funcionamiento o funcionan de manera intermitente, como es el caso de San Cristóbal de Las Casas, Larrainzar y Las Rosas.



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI

Las estrategias de coordinación para los programas aplicados se encuentran a cargo de las coordinaciones de salud pública, protección contra riesgo sanitario, enseñanza, planeación y desarrollo, seguro popular, oportunidades, caravanas y cirugías extramuros, trabajo social, promoción a la salud, control de vectores y salud de la mujer. Con relación a la partería tradicional, las actividades desarrolladas en los últimos años por la Jurisdicción se organizan desde la Coordinación de Salud de la Mujer y el área de Promoción de Salud Reproductiva para Grupos de Riesgo. El tipo de gestiones realizadas se concentran en capacitaciones mensuales sobre la atención del embarazo, el parto, la vigilancia del puerperio y métodos de planificación familiar, subrayando para cada caso signos de alarma concernientes a la salud de la mujer y el bebé.

Las capacitaciones se efectúan principalmente en San Cristóbal de Las Casas, pero en algunas ocasiones los programas se han extendido también a diferentes localidades de los municipios a cargo de la Jurisdicción. Al consultar al personal administrativo de la SSA sobre el objeto de trabajar con parteras tradicionales, la respuesta demuestra una continuidad con las políticas de medicalización señaladas a lo largo de este capítulo.

Para el personal administrativo de la Jurisdicción la interacción con parteras tiene el objeto de «fortalecer el sistema de salud (...) [debido a que] el personaje de la partera tradicional es importante porque, por sí sólo, el personal no se da abasto (...) pero está es una institución, hay reglas y límites que se deben transmitir, [y] las parteras no pueden resolver todos los problemas: una distocia uterina, hemorragias... el trabajo de capacitarlas es en beneficio de las pacientes para lograr una maternidad segura».

En el mismo sentido, un auxiliar en salud rememora puntos esclarecedores sobre el proceso apuntado:

Antes, me acuerdo cuando empezamos a salir a capacitar a las parteras, bueno, nos metimos de esto en lleno porque había muchas muertes maternas y las parteras pues no conocían los factores de riesgo, sabían atender partos, pero no conocían los factores de riesgo, entonces esos días que estuve apoyando, saliendo a comunidades, (...), en Macvilo fui la semana pasada, y sí, ya conocen los factores de riesgo, sí ya. Entonces hay un contacto más directo con

trabajadoras de lo que es el sector salud. Antes pues ya casi, nada más jalaba por su cuenta, su lado, trabajaba aparte la partera.

Con base en las declaraciones vertidas por el personal institucional administrativo de la SSA se comprueba que la relación entre parteras tradicionales y Jurisdicción Sanitaria continúa siendo impulsada a partir de las necesidades de cobertura del sistema biomédico y se encuentra condicionada a procedimientos biopolíticos de orden y eficiencia que, lejos de promover escenarios de equidad, desdibujan los recursos y las prácticas generadas por la población, actos mentales y formas de acción sobre la salud. De manera que con el avance regulador biomédico se han naturalizado métodos de curación y normas que también modifican técnicas corporales²⁶. A continuación considero la historia de vida de Doña Marcelina para comprobar el impacto de lo expuesto.

4. LOS EFECTOS DE LA MEDICALIZACIÓN

Es una tarde de marzo en San Cristóbal de Las Casas, Doña Marcelina me recibe en su domicilio. Después de saludarnos me invita a pasar a un cuarto ubicado al lado del patio principal. La construcción es de tabique, aplanada, con piso firme y pintada por dentro. En el interior hay una cama de madera con un diseño muy semejante a los equipos de expulsión de los hospitales, cuenta con soportes de apoyo especial para parturientas, Doña Marcelina mandó a construirla hace algunos años con sus propios recursos. Pagó a un carpintero para hacer el trabajo.

La habitación tiene otra cama adaptada como mesa de exploración, un buro blanco y un librero donde hay acomodados medicamentos, hierbas y un maletín. En la pared pueden observarse varios diplomas de capacitación otorgados por la SSA y distintas ONG'S de la ciudad por el cumplimiento de cursos sobre signos de alarma en el embarazo, herbolaria y tanatología. También hay un gancho, sujetado por un clavo, con una filipina de color blanco tendida.

²⁶ Con este concepto se hace referencia a «la forma en que los hombres, sociedad por sociedad, hacen uso de su cuerpo en una forma tradicional»(Mauss,1979:337).

Doña Marcelina es partera desde hace aproximadamente treinta y siete años. Originaria de Simojovel, de adscripción tseltal, llegó a San Cristóbal de Las Casas desde los doce años de edad para trabajar como empleada de hogar. Recuerda esta época de su vida con tristeza:

Los hijos de los patronos con los que trabajaba me trataron muy mal... primero groserías, me echaban agua sucia, tiraban cosas a propósito o me aventaban la comida... después abusos sexuales. Yo no tenía a quién pedir ayuda... dejé la casa a los diecisiete años para casarme.

Junto a su esposo procreó nueve hijos, atendió sola ocho de sus partos. Hasta antes de su incorporación a la SSA nunca fue al ginecólogo. Sus dos primeros bebés murieron por enfermedad:

Una era niña, falleció al año por diarrea... no lo supe cuidar, tenía un año y yo estaba sola, mi esposo lo llevó con *i-ilol* porque tenía mal, pidió cosas, pero creo que no tuvo fe porque murió, sólo cobró en balde. Ahí fue mi esposo, pero no sé ...no tuve confianza, lo que pienso ahora es que murió de deshidratación porque los ojitos se metió y los labios como rajaditos... El otro falleció de un mes, nació el siete de febrero y murió en marzo, sólo empezó a llorar, sólo salí a lavar mis manos, como hacía yo tortilla para vender... y empezó a llorar y empezó a llorar, la boquita se puso morado, fui yo a buscar al doctor para que le diera medicina, pero no lo dejaron salir, ya cuando llegó, ya sin tiempo, estaba muerto, sólo me dio el certificado médico, neumonía me dijo.

A los veinte años Doña Marcelina soñó que debía ser partera como su mamá por ello comenzó a cuidar a mujeres cercanas que de manera posterior la fueron recomendando con otras mujeres: «poco a poco también fui soñando hierbas para probar... otro rato sueño a los niños que voy a levantar, alguien me los da envueltos en una cobijita, nunca he visto quien... ».

Sin considerar consultas previas, las atenciones de parto ofrecidas por Doña Marcelina duran de ocho a veinticuatro horas, cobra entre seiscientos y ochocientos pesos a las familias por su servicio, más el material que utiliza durante el alumbramiento. Cuando las

mujeres no tienen recursos no les cobra y compra el material requerido con dinero de su bolsillo destinado para cubrir gastos del hogar o proveniente de las ventas de productos cosméticos que realiza. Sobre la experiencia de ser partera comenta:

Las mujeres son valientes, pero se necesita, nosotros la cuidamos, hay que sobar, preguntamos si está todo bien, que no haya sed, que no duela la cabeza... , uno de mujer... ya lo sentí, ya lo probé como parí, del mismo cuerpo he sentido, por eso les digo: «sí mamita te duele, comprendo tu palabra, pero eso es un ratito... aguanta, si te quieres ir al doctor te llevo», me dicen que no, les digo: «entonces masca tu pelo y aguanta»... y hay que seguirle hasta que nazca la criatura y después ver a la mamá. A veces sí les digo: «tapa tú boca que se está saliendo por ahí la fuerza, aguanta, échale ganas»... Después de bañarlas, les preparo su atole y su comida, si no tiene quien lave, lavo su cobija.

Doña Marcelina se integró a las capacitaciones para parteras tradicionales organizadas por la SSA hace aproximadamente quince años bajo la amenaza de que, en caso de negarse, las constancias de alumbramiento para los bebés que recibía no le serían proporcionadas. En dicho sentido señala haber aceptado «más por obligación porque no se puede dar constancia de otro modo». Respecto a las propias capacitaciones y a la interacción institucional refiere lo siguiente:

Nos meten miedo, que no quiere que esté dando vuelta, que no la sobe, que no la toques, unos nos dice una cosa, otro , otra cosa dice, luego nos dicen que no sobemos porque maltratamos el cordón, bueno, yo digo dentro de mí sólo por la constancia y el registro estoy acá. A la emergencia no nos deja entrar, no nos deja pasar y aunque esté bien el bebé dice a los familiares (el doctor): «va a ser cesárea». Una señora de aquí atrás, que está bastante gordita, dije yo la voy a llevar qué tal si le sube la presión, mejor que lo vea el doctor, sale y me comienza a gritar que puse oxitocina, yo le dije que no y él me dijo: «ya le diste, eres mentirosa», también salió una doctora y le dijo a la familia: «para qué se confían de la partera, ella no sabe nada, aquí es donde nacen los bebés».

En forma contradictoria a lo que podría suponerse, pero en acuerdo al efecto del poder anatomopolítico, Doña Marcelina atribuye al saber biomédico un valor superior en relación al conocimiento propio. De manera frecuente solicita la consulta de ginecólogos privados para resolver sus dudas sobre el embarazo o el desarrollo del bebé en gestación, ha incluido en sus propios procesos de atención la toma de presión sanguínea, ultrasonidos y pruebas de laboratorio que posteriormente lleva a interpretar. En otras ocasiones sugiere a las mujeres embarazadas que considera en riesgo solicitar una revisión en el hospital.

Al preguntarle sobre el motivo de este tipo de acciones señala: «es mejor, si pasa algo que no podamos, es mejor en el hospital o con doctor porque tiene escuela». También le preocupa tener algún tipo de complicación porque asegura que, en caso de suceder «algo malo», la meterán a la cárcel.

Como parte de los aprendizajes de capacitación en la SSA, ofrece consejos sobre planificación a las parejas, recomienda el uso de preservativos y coito interrumpido; también asesora a las familias que desean más hijos para consumir desparasitantes, ácido fólico y vitaminas, antes de embarazarse nuevamente. Desde su incorporación ha recibido algunos materiales «para estudiar». Manuales de atención donde se explican las diferentes etapas del parto, así como reglas de asepsia y recomendaciones para evitar realizar maniobras consideradas de riesgo para la institución, como fajar o empujar el vientre de la embarazada. Respecto a este tipo de folletos refiere:

El problema es que no leo, sólo los dibujos y ahora con el ese aparato que hice el esfuerzo de comprar en pagos (ipad), en ese le digo a mi hija que me ponga vídeo para ver, aunque ahí en el hospital la enfermera se burla, dice: «mira tú no sabes ni leer pero traes aparato (ipad)».

Los sitios internet preferidos por Doña Marcelina son páginas con imágenes de maternidad o canales de vídeos como YouTube, donde observa métodos de respiración para embarazadas, posiciones adecuadas del parto, partos en agua, causas y recomendaciones sobre infecciones vaginales y procedimientos de cesáreas. Uno de sus deseos es lograr convencer a sus nietas de estudiar medicina.

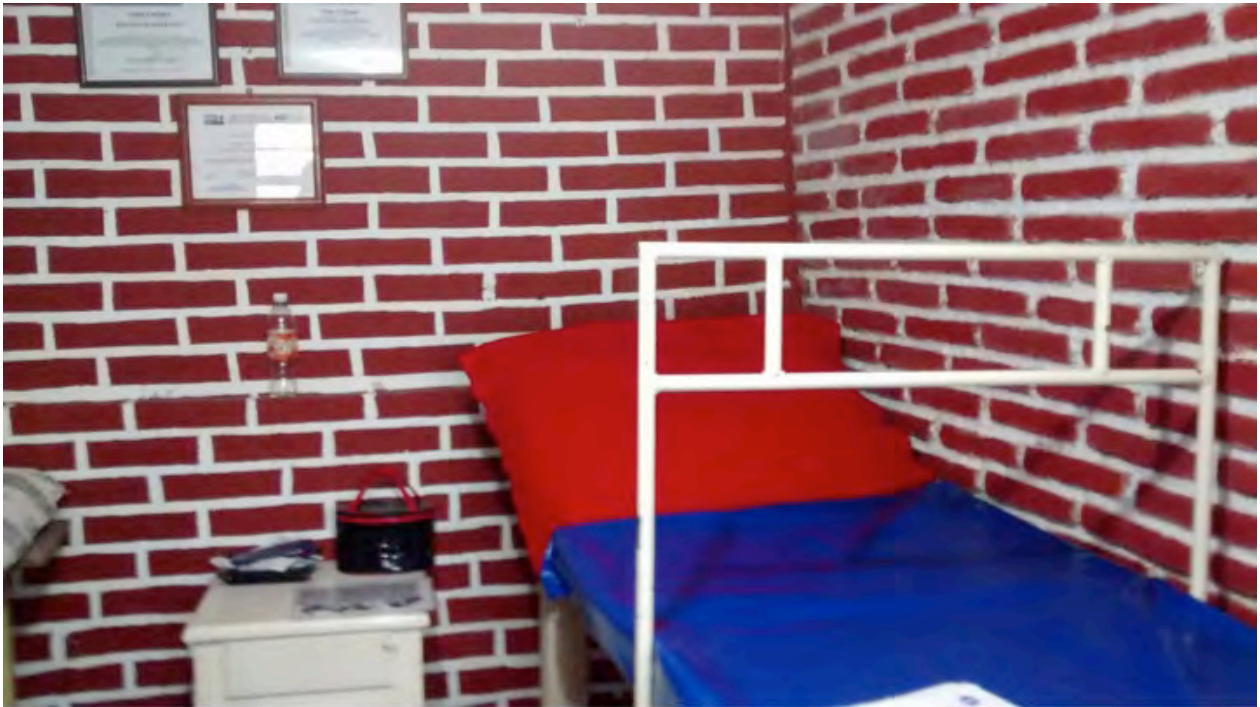


Imagen 3. Espacio de trabajo en casa de partera

Como ha podido leerse en párrafos anteriores, los efectos del proceso medicalizador en Doña Marcelina comienzan antes de su labor como partera. La búsqueda de un médico para atender a su segundo hijo ofrece indicios para observar la existencia de una interacción previa con la biomedicina y por tanto el conocimiento de su posible eficacia para solucionar problemas de salud. Sin embargo, a medida que la relación se ha hecho más cercana con su registro en la SSA, Doña Marcelina ha modificado algunas acciones ligadas al desarrollo de su vida, un ejemplo de esto es la aceptación de revisiones ginecológicas, e incluso los recuerdos sobre la muerte de su primogénita, que le llevan a explicar la diarrea y la deshidratación como causas del suceso.

Aunque otorga a su iniciación como partera razones oníricas, tiene conocimientos para hacer curación con hierbas y soba, su práctica ha incorporado y normalizado elementos como la toma de presión sanguínea, los ultrasonidos, el uso de pruebas de laboratorio, desparasitantes, ácido fólico, uso de preservativos y vitaminas; consejos sobre infecciones vaginales, formas de nacimiento adecuado e incluso la vigilancia de la autoridad médica «del que tiene escuela».

La aceptación sutil de una verdad médica lleva finalmente a Doña Marcelina a considerar una forma de orden social donde su conocimiento ocupa un nivel subordinado frente al prestigio biomédico, por esta razón sus aspiraciones respecto a transmitir conocimientos a sus nietas también se han modificado. Ahora ya no desea que sean parteras, sino médicas. Se trata del acto premeditado de convertirlas en eso a lo que se aspira, demostrando así la interiorización del proceso dominante. Por otra parte, la modificación operada termina por diluir la función de la partera en el nacimiento, con actividades que le unían al campo del simbolismo religioso y que se vinculaban directamente para los pueblos de la región con la forma de nacer y permanecer en el mundo. Tales como las relacionadas con los rezos como un recurso de protección y de preservación para la salud de la mujer y el recién nacido, así como del conocimiento sobre el destino y las posibilidades reproductivas familiares, más allá de las atribuciones concernientes a los cuidados corporales durante el embarazo, el parto o los primeros días del puerperio.

Recapitulando, el recorrido realizado en las páginas de la presente sección ha ofrecido al lector una perspectiva acerca del panorama de la partería en la región, considerando como eje de análisis el efecto de la expansión biomédica desde una perspectiva biopolítica con efectos anatomopolíticos.

Las transformaciones ocurridas en el contexto descrito involucran diferentes dinámicas de intercambio, actores y circunstancias, comprobando la suposición de una implantación positiva que finalmente se reproduce como práctica normalizada a diferentes niveles en las acciones de las parteras tradicionales. Por otra parte, debe apuntarse que la incorporación de elementos biomédicos en relación con el tema estudiado no ha logrado combatir la disparidad, las inequidades y las limitaciones socioeconómicas aún existentes en la región. En el mismo sentido se reflexiona acerca de la transferencia de responsabilidades sociales del cuidado de la mujer a las parteras, con exigencias establecidas institucionalmente. Como parte del siguiente capítulo discutiré la aplicación del concepto institucional de interculturalidad de la SSA, en relación con las dinámicas de control y regulación enlazadas a las parteras tradicionales en San Cristóbal de Las Casas.

CAPÍTULO II

LA INTERCULTURALIDAD COMO DISPOSITIVO

La experiencia en países tan distintos como lo son China y Brasil nos ha enseñado que se pueden adiestrar comadronas útiles (...) y a un costo tan bajo que cae dentro de los campesinos a quienes van a servir (...) Las comadronas(...) acogen gustosas la oportunidad de mejorar e ilustrarse. De preferencia su asistencia es voluntaria; puede ser estimulada por el premio de un maletín (...) La asistencia también puede ser obligatoria, negándose sin ella la licencia para ejercer el oficio (*Eloesser, 1954:4*).

Con el propósito de identificar los fundamentos que definen la práctica de las parteras tradicionales en la SSA, en el presente capítulo exploro el concepto de interculturalidad en relación con las dinámicas que establecen dispositivos de normalización bajo las estrategias de la biopolítica²⁷. En el primer apartado abordo algunos de los significados asignados a los términos cultura e interculturalidad a partir de planteamientos elaborados por autores como Wallerstein (1990), Giménez (2005), Díaz (2006), Walsh (2009, 2010), Tubino (2001, 2004, 2005), Dussel (2004), Cruz (2014) y Villoro (1998), sobre la noción de interculturalidad también presento la perspectiva institucional vigente. En la segunda sección, describo los espacios de atención y las actividades asignadas a las parteras captadas por la SSA en San Cristóbal de Las Casas. Finalmente, analizo fragmentos discursivos producidos por las mismas parteras desde la experiencia intercultural.

²⁷ Como ha sido señalado en la parte introductoria del presente trabajo, desde la perspectiva foucaultiana el término normalización puede comprenderse como un proceso disciplinar, visible o encubierto, mediante el cual se busca modificar las conductas de los individuos para sacarlos de la desviación y encausarlos hacia todo aquello que, en acuerdo a un determinado contexto sociohistórico, es considerado como aceptable y que además aumenta la utilidad de dichos individuos en relación con un beneficio público(Foucault, 1998, 175-198).

1. APROXIMACIONES TEÓRICAS A LA CULTURA Y LA INTERCULTURALIDAD

En esta sección reviso algunas de las acepciones atribuidas a los conceptos de cultura e interculturalidad con el propósito de identificar las diferencias existentes en el uso de ambos términos y su relación con el proceso explorado. Como bien señala Wallerstein, uno de los principales problemas respecto a la noción de cultura es su uso extendido y el gran rango de connotaciones que tal expresión puede representar (Wallerstein, 1990: 31).

Desde el campo de la antropología, por ejemplo, Taylor fue uno de los primeros en señalar a la cultura como « un todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte , la moral , el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto a miembro de la sociedad»(Taylor,1981: 18). A partir de tal definición, autores como Giménez distinguen al menos una transformación relevante «en el proceso histórico de formación del concepto [con] (...) el paso de una concepción culturalista que definía a la cultura en términos de modelo de comportamiento, a una concepción simbólica que (...) define a la cultura como pautas de significados» (Giménez, 2005:3).

Dicha modificación es también señalada por Díaz al reflexionar alrededor del concepto de cultura e identificar aquellas definiciones que le sugerían como un a priori y que de manera posterior fueron adecuándose a perspectivas que integraron componentes referenciales, sistemas de símbolos y sentidos dinámicos en cuanto a espacialidad y tiempo (Díaz, 2006: 8).

Al considerar la cultura como una «manifestación conductual que posee un componente simbólico y otro material que le sirve de canal y expresión y que se transmite por un medio no genético» (Díaz, 2006:8), es importante comprender la movilidad y el cambio como componentes intrínsecos de ésta. Sin embargo, es preciso indicar que estas transformaciones «no se realizan necesariamente en forma igualitaria y consensuada [y que de manera frecuente] se dan cambios dirigidos, con un propósito consciente» o bajo determinadas circunstancias que involucran conflictos (Díaz, 2006:19). En tal sentido habría que tomar en cuenta un conjunto de componentes y relaciones que intervienen en los

cambios culturales y que llevan a distintos grupos o poblaciones a realizar variaciones y a mantener al mismo tiempo algunos rasgos fundamentales.

En este contexto de dinamismo y relaciones entre culturas surgen las discusiones sobre el concepto interculturalidad, cuyo auge en el ámbito político se dio en América Latina en la década de los noventa (Walsh, 2010:4), ante la inminente crisis de los estados-nación y el agotamiento del discurso liberal sobre la igualdad ciudadana para resolver cuestiones de equidad, justicia y diversidad cultural, y frente a los límites de propuestas teóricas de reconocimiento, clasificación y orden descriptivo como el pluralismo cultural o la multiculturalidad.

El término de interculturalidad, configurado en la década de los ochenta desde el campo de las demandas sociales para la educación, fue retomado de manera posterior como una perspectiva de reivindicación entre grupos para tratar diferentes problemáticas. Su enfoque central sostenía una oposición a las concepciones esencialistas de la identidad colectiva que apuntaban al desarrollo cultural bajo los principios de la justicia formal (Cruz, 2014:243). Más allá de las posiciones de tolerancia o la defensa de la coexistencia, la perspectiva intercultural expuso la definición de las culturas bajo una óptica relacional-procesual que suponía la variabilidad de contextos, considerando al mismo tiempo para el caso latinoamericano antecedentes de dominación cultural gestados durante el periodo histórico colonial (Cruz, 2014:247).

A fin de alcanzar cambios estructurales, las demandas de orden intercultural incluían la construcción de relaciones de respeto, diálogo y aprendizaje en condiciones de igualdad, con el reconocimiento de la existencia previa de inequidad social y económica entre culturas (Cruz, 2014: 250-264). Al buscar una transformación de tal índole se pretendía alcanzar «la aceptación de la diversidad en la unidad (...) con una práctica ciudadana capaz de asegurar una autonomía de los grupos excluidos para decidir y practicar sus formas de vida y al mismo tiempo asegurar su participación en el Estado» (Villoro, 1998: 58-69).

Más allá del orden teórico, la interculturalidad era vista como un proyecto ético «para generar formas de organización (...) basadas en la diversidad, la inclusión económica y la participación»(Tubino, 2004: 3). La propuesta consideraba la resolución de conflictos a

favor de la convivencia «con la ampliación de puntos de vista, así como la autocreación y la recreación recíproca de las identidades» (Tubino, 2001:190).

A partir de su divulgación, la utilización del concepto de interculturalidad ha dado como resultado una polisemia del término, incluso contraria a la lógica emancipadora establecida por éste en un primer momento. Por ejemplo, al indagar sobre la diversidad de sus significados, Tubino indica al menos dos orientaciones académicas. La primera, de orden descriptivo, se concentra en la observación de las relaciones entre culturas. Un segundo enfoque, es de carácter prescriptivo y agrupa propuestas para generar espacios públicos de diálogo y deliberación intercultural (Tubino, 2004: 4).

Otro ámbito de resignificación del término interculturalidad se encuentra en los discursos oficiales de gobierno y está ligado a temas de educación, actividades políticas, productivas o de salud. Tuvo un origen coyuntural en la búsqueda de reformas al Estado y apunta al reconocimiento de derechos culturales con un sentido instrumental estratégico y una agenda que reproduce un tipo de inclusión condicionada. Esta postura es descrita por Tubino como interculturalidad funcional. Se trata de una disposición al diálogo y al reconocimiento cultural sin evaluar a profundidad la pobreza crónica, las relaciones de poder o la injusticia distributiva a la que ha sido expuesta la población que pertenece a culturas marginadas (Tubino, 2004: 5).

De igual forma que otras políticas de reconocimiento instituidas desde el ámbito de la administración pública, la interculturalidad funcional exalta temas relativos a la cultura idealizada de un grupo, encubriendo cuestionamientos a las prácticas sociales de la economía neoliberal. Así, «la denominación cultural reemplaza a la explotación como injusticia fundamental y el reconocimiento cultural desplaza a la redistribución socioeconómica como remedio a la injusticia» (Tubino, 2004: 6).

En lugar de impulsar el tratamiento de cambios estructurales a largo plazo, las políticas de combate a la pobreza desarrolladas desde la interculturalidad funcional suelen ser paliativos que ofrecen una solución a los problemas dentro de la lógica económica del modelo vigente. A consecuencia del manejo del sentido de interculturalidad funcional, ejecutado en las últimas décadas por la influencia de organismos internacionales interesados en una

mejor “eficiencia distributiva”, se han cooptado las posibilidades que en un principio ofrecía el término «dando paso en su lugar a políticas que promueven la diversidad, pero que al mismo tiempo aseguran el control y el continuo dominio del poder nacional y los intereses del capitalismo global» (Walsh, 2009:43), de acuerdo a una agenda con intereses establecidos en una lógica de utilidad económica y política. Estas estrategias de regulación son realizadas de manera frecuente a través de instituciones estatales, así como por Organizaciones No Gubernamentales (ONG) financiadas con capitales privados. (Walsh, 2010: 6).

La descontextualización del sentido de interculturalidad bajo la administración de la diferencia dio como resultado la conservación del orden social, añadiendo la inclusión de grupos excluidos a diferentes lógicas de mercado en forma estratificada. Frente al carácter delineado por la interculturalidad funcional, Tubino señala la necesidad de apuntar hacia la supresión de causas de asimetría que caracterizan las relaciones entre culturas, desde una postura crítica que visualice los factores económicos y políticos que condicionan el intercambio actual, así como «la recuperación de la memoria para interpelar postergaciones injustas» (Tubino, 2004: 6-7). Sumándose a estas propuestas, Walsh extiende la consideración del concepto de interculturalidad como una vía de construcción permanente donde se entretajan «procesos de múltiple dirección, repletos de creación y tensión» (Walsh, 2009:47).

En sentido similar, desde la filosofía de la liberación, Dussel propone retomar el concepto de interculturalidad para convertirlo en una posibilidad de emancipación que promueva diálogos críticos entre culturas, asignando a cada cultura la posibilidad de dar respuesta y solución, desde su propia experiencia, a los valores de la cultura hegemónica. Al reflexionar de manera interna sobre la propia cultura, la discusión de problemas específicos produce un proceso de autoafirmación que coloca a las culturas subalternas de manera visible en el contexto de dominación que enfrentan, fuera de categorías asignadas en forma externa (Dussel, 2004: 12-26). Las acepciones referidas en párrafos anteriores servirán en adelante para aproximarnos a comprender la perspectiva intercultural vigente en la SSA y las dinámicas de las parteras tradicionales en dicha institución.

2. INTERCUTURALIDAD INSTITUCIONAL

A continuación reviso la normatividad vinculada a los lineamientos de interculturalidad que toman en cuenta a las parteras tradicionales para cumplir actividades en la SSA. Antes de profundizar en el tema es adecuado precisar que la reglamentación institucional citada es organizada a nivel nacional y sirve como base para el diseño de planes estatales. Sin embargo, las disposiciones referidas no tienen un carácter de obligatoriedad, debido a que no fueron emitidas por el Consejo de Salubridad General (CSG), órgano autorizado para dictar regulaciones en materia de salud en el país. Lo anterior revela otro vacío en el desarrollo de una estructura de organización viable respecto al tema estudiado.

Dentro de la variedad de publicaciones elaboradas por la SSA para atender temas de interculturalidad en salud se encuentran materiales vinculados a la evaluación de infraestructura y la adecuación de servicios, la capacitación a personal clínico, así como de participación comunitaria (ver cuadro III).

Cuadro III: Publicaciones de interculturalidad en salud (SSA)
Documento
Guía para la autorización de las parteras
Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica (Artículos 102-114)
Díptico sobre la medicina mexicana en el contexto intercultural
Marco legal de la partería
Competencias interculturales para el personal de salud. Capacitación de personal que se desempeña en instituciones de salud en un país multiétnico y pluricultural
El enfoque intercultural, herramienta para apoyar la calidad de los Servicios de Salud
Esquema Metodológico para incorporar los derechos humanos en salud, mediante el enfoque intercultural
Modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud
Metodología intercultural para la realización de consultas informadas
Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro (2013-2018) (IMP)
Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud
Guía de implantación implementación. Lineamientos interculturales para la operación de servicios en salud
Guía de implantación. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional
Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud

Fuente: Elaboración propia

Para el análisis presentado en este trabajo sólo considero tres de las publicaciones por su fecha de elaboración y relevancia en cuanto al contenido que alude al trabajo de las parteras tradicionales:

- a. *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud* (2014: 22 -164);
- b. *Guía de implantación implementación. Lineamientos interculturales para la operación de servicios en salud* (S/F);
- c. *Guía de implantación. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional* (2013: 14 -49).

Respecto a la definición de interculturalidad, las publicaciones arriba citadas señalan la importancia del diálogo y reconocen el desarrollo de una relación abierta, incluyente y respetuosa entre culturas a diferentes niveles, en beneficio de la calidad de la atención a la salud, el fomento de la confianza, el empoderamiento, la comprensión y la empatía (SSA, 2013: 14; SSA, 2014: 22; SSA, S/F).

Al describir la práctica de las parteras tradicionales los materiales concuerdan en delimitar un modelo de atención fundamentado en una cosmovisión mesoamericana de la salud que puede complementar al modelo biomédico y se diferencia de la partería empírica o «la práctica de las mujeres que cachan niños» (SSA, 2013:43; SSA, 2014: 164; SSA, S/F). Otra coincidencia es el reconocimiento de la aplicación de políticas institucionales de asimilación cultural ocurridas en el pasado, con consecuencias como el uso indiscriminado de oxitocina en la práctica actual de las parteras tradicionales²⁸. También se mencionan la discriminación y las barreras culturales como obstáculos clave en la interrelación de la medicina tradicional y la biomedicina (SSA, 2013: 43; SSA,2014: 155; SSA, S/F).

Para validar los procedimientos aplicados por las parteras tradicionales, se hace referencia al acompañamiento psicoafectivo de éstas en favor del parto humanizado con acciones como la sobada para acomodar al nonato, la adecuación y climatización del lugar donde se lleva a cabo el parto, el respeto a la intimidad de la mujer, la utilización de ropa limpia, la recomendación para que la mujer camine durante el trabajo de parto, los masajes en la

²⁸ La oxitocina sintética es una sustancia utilizada durante el parto para estimular contracciones uterinas.

espalda o la cadera, los métodos para conocer la proximidad del nacimiento —sin la realización de tactos vaginales—, los masajes para lubricar la vagina y el periné, las posiciones verticales durante el trabajo de parto, las técnicas de pujo, el amamantamiento, el contacto inmediato entre el recién nacido y la madre, los masajes posparto, el uso de baño temazcal, las visitas de revisión posparto y el empleo de plantas medicinales para favorecer la producción de leche materna (SSA, 2013: 44-45; SSA, 2014: 113, 145; SSA, S/F).

De acuerdo al «Tabulador Rama Médica, Para Médica y Grupo Afín del Catálogo de Puestos del Sistema Nacional de Salud, con el **Código de Puesto MO2120** de la Partera Tradicional indígena», los lineamientos de la SSA consideran otorgar a las parteras una retribución económica por sus actividades y servicios, así como seguridad social. La institución también promueve el reemplazo de capacitaciones por «Encuentros de enriquecimiento mutuo, con respeto a la autonomía y la opinión de las parteras tradicionales (...) y el desarrollo de espacios dignos de trabajo, cercanos a unidades de salud, donde los partos puedan ser atendidos de manera adecuada y segura» (SSA, 2013: 14-16; SSA, 2014: 29-30; SSA, S/F).

En uno de los textos, la muerte materna se relaciona «con las condiciones de vida, la pobreza y la opresión cultural que la mujer indígena vive, derivada del modelo patriarcal (...), además de las dificultades geográficas, económicas y culturales de acceso a los servicios de salud. Provocados en gran medida por la persecución que data desde la época colonial» (SSA, 2014: 92). Como solución al problema se propone trabajar en la disminución de barreras culturales con la organización de escuelas de parteras tradicionales en regiones indígenas que promuevan la enseñanza y las mejoras a la práctica de manera horizontal. Dentro de los avances alcanzados en el mismo tema, se presume la situación de estados como Guerrero, Nayarit y Chiapas donde, según lo señalado, las parteras llevan controles de mujeres embarazadas a los centros de salud y atienden partos en conjunto con los médicos. Además, se indican acciones de articulación capacitación y certificación de parteras tradicionales por la SSA y el IMSS-Oportunidades (SSA, 2013: 46).

Al establecer metas de trabajo se propone reforzar la infraestructura para permitir a las parteras tradicionales capacitadas atender partos en los centros de salud y hospitales básicos comunitarios; fortalecer a las parteras de comunidades alejadas con equipo de atención y comunicación, asegurar la participación de la comunidad y las parteras en los procesos de construcción, equipamiento y operación de módulos de partería tradicional y unidades rurales. Así como destinar personal clínico para coordinar y dar seguimiento a módulos de partería tradicional; organizar reglamentos y roles para el personal clínico y las parteras tradicionales; y hacer reuniones periódicas entre parteras y personal clínico para evaluar los resultados en un ambiente de escucha mutua (SSA, 2013: 17-20; SSA, 2014:162-164; SSA, S/F).



Imagen 4. Interculturalidad en salud²⁹

²⁹ Tomado de: (SSA, 2014)

De acuerdo a la definición de interculturalidad funcional elaborada por Tubino (2004), en seguida me propongo analizar los lineamientos de la SSA que indican una relación intercultural con las parteras tradicionales. Para poder ser agrupados en el ámbito de la funcionalidad intercultural, los rasgos enumerados de manera previa deben cumplir con criterios de sentido instrumental estratégico, una inclusión condicionada, elementos de idealización cultural y con un encubrimiento de factores socioeconómicos que colocan en desventaja a una de las partes en beneficio de la otra.

Respecto al sentido instrumental estratégico, la argumentación resulta clara. Las relaciones de la SSA con las parteras tradicionales cumplen un fin de regulación ligado al interés por la disminución de la morbi-mortalidad materna. Las parteras no son consideradas como sujetos de realización, sino a partir de su rentabilidad para brindar atención de bajo costo a las mujeres que lo requieran, en acomodo a estándares biomédicos. En la medida que se logran acuerdos interculturales, el beneficio es registrado como un resultado institucional de la administración social.

En el mismo sentido, la inclusión condicionada de las parteras tradicionales está sujeta a criterios de científicidad y bienestar. La partera tradicional se diferencia de la partera empírica. Se le asume con una experiencia de conocimiento sistematizado que es desarrollado en una práctica homogénea, coherente con “la cultura mesoamericana” y con la noción de parto humanizado preconizada en fechas recientes por valores occidentales. Sus actividades incluyen aportar a la institución datos de nacimientos y de las atenciones realizadas a las mujeres. Se le capacita. Sólo la partera tradicional capacitada es considerada apta para atender partos, trabajar en conjunto con el personal clínico o ser contratada por la institución. El proceso intercultural no contempla a las parteras que «cachan niños».

La idealización cultural y el encubrimiento de elementos socioeconómicos también se encuentran presentes en la perspectiva intercultural de la SSA al atribuir a las parteras un saber milenario con uniformidad de prácticas. Para ser consideradas como tales, las parteras tradicionales deben saber sobar, dar consejos a las embarazadas, anunciar el nacimiento de bebés sin tactos vaginales, atender a las mujeres en posiciones verticales y con plantas

medicinales, en un ambiente «adecuado y climatizado» donde se invisibilizan carencias económicas, relaciones de poder, injusticia social y episodios de violencia obstétrica.

Con una visión ahistórica alrededor de la partera tradicional, los textos revisados no reflexionan alrededor de procesos de interacción o las transformaciones ocurridas en estados y regiones en distintas épocas. Las parteras son delineadas así como actores monolíticos adscritos al ámbito indígena, borrando al mismo tiempo cualquier interrogante acerca de la práctica de la partería como un modelo de atención común a todo el país hasta las primeras décadas del siglo XX. Al ignorar este dato, se elabora una conexión directa entre saberes heredados de forma milenaria. Dando paso a una construcción mítica y estereotipada de la partera, que se asemeja más a un símbolo nacional de etnicidad, fundado en la idea del “espíritu de la raza” que guarda imágenes de un pasado indígena heroico (Bartra,1987). Como parte de las problemáticas articuladas a una definición tan precaria resultan además los señalamientos sobre una supuesta igualdad de condiciones actuales para la partera en todos los estados y regiones del país. De manera que si asumimos los datos esbozados por la SSA, ser partera tradicional en Veracruz, Oaxaca, Chihuahua, Campeche, el Estado de México o Chiapas equivale a compartir un mismo modelo de atención.

Por otra parte, en los documentos revisados la única alusión sobre muerte materna en la que se reconocen situaciones de pobreza es resuelta de manera ambigua, al indicarse como consecuencia histórica directa del proceso colonial. En respuesta al problema de mortalidad materna se propone la capacitación de las parteras tradicionales y la disminución de las barreras culturales. Se asume entonces que las mujeres mueren principalmente por motivos de filiación cultural.

Hasta aquí, los puntos revisados permiten argumentar, de manera general, una perspectiva centrada en el reconocimiento cultural que encubre realidades asimétricas. En el siguiente apartado, contrastaré los lineamientos descritos con mi observación durante el trabajo de campo, para argumentar cómo la interculturalidad funcional organizada por la SSA recurre a una lógica de control, con dispositivos que pueden analizarse a partir del biopoder.

3. ESPACIOS DE INTERCULTURALIDAD FUNCIONAL

El equipo (...) anima a la partera a educarse (...) al mismo tiempo le confiere una señal pública de aprobación oficial. Cuando acude a la central para reabastecer su maletín tiene que informar sobre el material usado; de este modo da un informe estadístico materno infantil (...) Por medio del equipo, la partera se controla (*Eloesser, 1954:36*).

En esta sección describiré tres de los espacios institucionales de interacción para las parteras tradicionales captadas por el SSA en San Cristóbal de Las Casas: las sesiones de capacitación mensual en la unidad médica de «Los Pinos», la Clínica de Medicina Tradicional del Hospital de las Culturas, y el Hospital de la Mujer. A continuación analizaré la información descrita desde la perspectiva teórica de las tecnologías de la biopolítica y la anatomopolítica.

El primer espacio de interculturalidad funcional observado es el Centro de Salud Urbano Los Pinos. Allí el programa de capacitación a parteras tradicionales inició en la década de los noventa. Las sesiones se encuentran a cargo del área de enseñanza de la Unidad, organizadas por una enfermera obstetra. No todas las parteras censadas por la jurisdicción acuden a las capacitaciones, generalmente la asistencia va de quince a treinta participantes, las mismas que mantienen una relación más cercana a la institución. En este grupo de asistencia se encuentran las siete parteras que ofrecen atención en la Clínica de Medicina Tradicional del Hospital de las Culturas. La duración de cada encuentro es de una a tres horas de acuerdo a los temas a tratar

Cuadro IV: Cronograma de capacitación 2015

ABRIL : Riesgo de hemorragias postparto/ Entrega de información
MAYO: Riesgos de maniobras durante el parto/ Entrega de información
JULIO: Defectos congénitos/ Entrega de información
AGOSTO: Lactancia/ Entrega de información
SEPTIEMBRE : Vacunación y tamiz neonatal/ Entrega de información
OCTUBRE: Planes de parto y signos de alarma/ Entrega de información
NOVIEMBRE: Registro y actualización de censo de parteras/ Entrega de información
DICIEMBRE: Aplicación de vitamina A, K y Cloranfenicol a neonatos. Planificación familiar/
Entrega de información

Cronograma de capacitación 2016

ENERO: Bienvenida, actualización de censo de parteras/ Asuntos generales, cronograma/
Entrega de información
FEBRERO: Anatomía del aparato reproductor femenino y masculino. Planificación familiar/
Entrega de información
MARZO: Desarrollo embrionario/ Entrega de información
ABRIL: Signos de alarma durante el embarazo/ Entrega de información
MAYO: Signos de alarma durante el parto. Cuidados durante el parto/ Entrega de información
JUNIO: Signos de alarma durante el puerperio. Cuidados durante el Puerperio/ Entrega de
información
JULIO: Cuidados durante el recién nacido/ Entrega de información
AGOSTO: Tamiz neonatal, vacunación/ Entrega de información
SEPTIEMBRE: Estimulación temprana/ Entrega de información
OCTUBRE: Planificación familiar /Entrega de información
NOVIEMBRE: El plato del buen comer/ Entrega de información
DICIEMBRE: Entrega de información/ Convivio de despedida

Fuente: Elaboración propia a partir las observaciones hechas en campo

Entre los tópicos más recurrentes de capacitación destacan aquellos vinculados a la disminución de la muerte materna, la prevención y detección de riesgos durante el embarazo y el parto, y la planificación familiar. Algunas de las pláticas son proporcionadas por médicos, enfermeras o promotores de salud invitados; otras más por la enfermera obstetra responsable del programa. Como parte de las sesiones, ocasionalmente se realizan proyecciones de vídeos y se entregan folletos informativos.

A partir de la observación realizada defino el espacio de capacitación como una interacción jerárquica entre el personal de salud y las parteras, debido a que se ejecuta como un

ejercicio entre quienes se adjudican la información y aquellas que la reciben. Al entrar al salón de usos múltiples de la Unidad de Salud, las parteras ocupan asientos alrededor de una mesa rectangular, mientras la enfermera o el médico en turno se mantiene de pie dirigiendo las dinámicas realizadas. Después de indicar el tema a tratar, da inicio la presentación en forma de monólogo, otorgándose la palabra a las parteras sólo de manera ocasional y breve.

Cabe destacar que el personal de la SSA utilizó términos especializados para la comunicación en cada una de las veinte sesiones que observé. Por ejemplo, durante una plática sobre los beneficios de la lactancia materna, la especialista a cargo habló de inmunoglobulinas, galactogogos, nutrición en la madre, leche de transición, edad gestacional, lactosa, proteínas, técnicas de amamantar, tipos de lactantes, aditivos y medicamentos procinéticos. Al finalizar la plática, la mayoría de las parteras se encontraban dormidas, razón por la que la enfermera responsable las regañó. Para disculparse con la doctora invitada, la enfermera argumentó la dificultad de trabajar con parteras tradicionales, señalando que a las asistentes les cuesta trabajo poner atención, calificativo que bien podría comprenderse como un estereotipo racista sobre el ser indígena que corresponde a narrativas sobre la haraganería originadas en el país a partir del siglo XIX (González Navarro, 1988; Urías Horcasitas, 2005).

Otro punto importante está dado por la presentación ocasional de vídeos y la entrega de folletos durante las sesiones. Aunque tales recursos pueden ser útiles como herramientas de interacción, en los casos observados, los vídeos, con imágenes de parejas occidentales de clase media acudiendo a revisiones médicas, son proyectados con doblaje en español, segunda lengua sólo para algunas parteras, ya que otras asistentes no hablan español y requieren asistencia de traducción. En el caso de los folletos ocurre algo similar, el material otorgado contiene información escrita soslayando que el noventa y cinco por ciento de las parteras que acuden a capacitación no sabe leer. Ante un puntual cuestionamiento de mi parte acerca del método didáctico, la responsable indicó que «lo importante es que las parteras vean las imágenes».

Por otro lado, aunque los tópicos de las capacitaciones son variables, hay palabras usadas en forma recurrente por el personal encargado de brindar la información, como son: riesgo, responsabilidad, peligro, signos de alarma, daño, orden y limpieza. Este vocabulario, está ligado a la racionalidad de cálculo riguroso que caracteriza a la biomedicina para detectar la enfermedad en el cuerpo y cumple con una finalidad pedagógica implícita de control y asimilación. Se trata de convencer a las parteras de la importancia de detectar síntomas para descubrir la enfermedad. De esta manera, «lo normal se establece como principio de coerción en la enseñanza. Con la instauración de una educación estandarizada (...) se establece el esfuerzo por organizar un cuerpo médico [capaz] de hacer funcionar unas normas generales de salubridad» (Foucault, 2005:189).

Durante una de las primeras sesiones de observación a las que tuve acceso, la enfermera obstetra responsable del programa señaló a las parteras los riesgos de aplicar maniobras peligrosas en el parto, al jalar o forzar al bebé a la hora del nacimiento, subrayando que si el bebé se encuentra volteado (en posición transversal) es necesario evitar el peligro y acudir al hospital. Para sustentar la argumentación, la enfermera aseguró haber presenciado casos de atención realizados por parteras tradicionales, donde los bebés han sido decapitados por la fuerza empleada, quedando la cabeza al interior del útero. Al percibir una reacción de sorpresa en las oyentes, la enfermera continuó la explicación diciendo que la decapitación ocurre porque las mujeres tenemos espinas en los huesos pélvicos y, en caso de que el bebé no tenga una posición correcta, al jalar, las espinas evitan la expulsión y producen la muerte. La explicación ofrecida por la enfermera en esta sesión puede comprenderse como un caso de manipulación de la información que busca confundir a las parteras para incitarlas a evitar las atenciones de partos, debido que no existe documentación que acredite la posibilidad de un caso como el referido.

En otra de las sesiones el tema central fue el desarrollo embrionario, pero la dinámica organizada por la responsable se orientó a destacar la obligación de las parteras para vigilar el parto y detectar signos de alarma. La enfermera fue enfática al señalar que las parteras sólo deben vigilar y reportar, sin hacer nada más, agregando: «a veces ni los médicos logran buenos resultados a pesar de tener conocimientos y estudio. Si a un médico, gineco, se le complica con todas las herramientas y posibilidades, imagínense a ustedes que no

tienen ni herramientas ni posibilidades (...) Ustedes sigan trabajando como lo están haciendo y si pueden mejorar un poco háganlo, detecten signos de alarma». En este sentido, puede comprobarse, además de la orientación de las parteras hacia «conductas aceptables», el papel instrumental estratégico que éstas cumplen en una relación de interculturalidad funcional con la SSA.

Durante la misma sesión se pidió a las asistentes «insistir en los métodos de planificación con las mujeres que atienden porque a veces es peor traer al mundo a un niño que se va a morir de hambre o por otras muchas circunstancias». La expresión emitida se vincula a una visión malthusiana sobre control de la natalidad que busca evitar la reproducción de pobres³⁰. A las parteras también se les recordó que su obligación es estar informadas, porque «la diferencia entre los seres humanos y los animales es que los humanos son pensantes, que deben tener conciencia, ser consecuentes con sus pensamientos, sus palabras, sus actos y obras, porque eso convierte a las personas en seres humanos». De manera que para ser consideradas como seres humanos las parteras deben mostrar tener una conciencia acorde al ideario biomédico.

Por otra parte, las sesiones de capacitación cumplen con funciones explícitas de control y de normalización, al ser el espacio donde las participantes están obligadas a entregar registros y dar cuenta sobre los nacimientos que atendieron en el mes, a cambio de mantener un reconocimiento oficial como parteras que les permita extender hojas de alumbramiento. Es importante destacar que dichos registros forman parte de los números estadísticos del trabajo elaborado por la SSA, por lo que, además de todo lo expuesto, puede señalarse una apropiación del trabajo de la partera.

Cada asistente facilita a la enfermera encargada reportes de las condiciones en las que se desarrollaron los partos atendidos (lugar, hora, día) y el estado de salud de las mamás y los bebés. A cambio de la información, la enfermera entrega hojas de reporte, constancias de

³⁰ En 1798, Malthus presentó Ensayo sobre el principio de la población(1998), donde expuso que el crecimiento de la población era exponencial, mientras que la producción de recursos alimenticios se daba en forma lineal. La recepción de algunas de sus ideas dieron resultado a posicionamientos sobre la reproducción que restringían el derecho de la gente pobre a procrear. Bajo el argumento de que con las ayudas asistenciales a los hijos de la población pobre los gobiernos entrarían en banca rota.

alumbramiento y un pase para solicitar guantes, gasas, hojas de bisturí y ácido fólico. Algunas de las hojas de reporte son pictogramas que representan las diferentes fases del parto. Otras son formatos que las parteras deben llenar en español, en este caso las asistentes solicitan ayuda de algún familiar. Los insumos que se entregan son variables de acuerdo a la existencia de materiales en la clínica, debido a que no existe un rubro establecido de asignación. En ocasiones las sesiones de capacitación fueron canceladas y las parteras acudieron únicamente a reportar sus atenciones de parto y a recoger material.



Imagen 5. Espacio de capacitación

El segundo punto de interculturalidad funcional descrito es este apartado es la Clínica de Medicina Tradicional del Hospital de las Culturas (clínica). Este espacio forma parte del modelo de salud intercultural impulsado por la SSA para brindar servicios de cobertura universal a la población perteneciente a los diecisiete municipios que conforman la región Altos, es atendido por parteras tradicionales captadas previamente por la institución³¹. Fue inaugurado en el año 2010 por la administración de Juan Sabinés Guerrero, el entonces gobernador de Chiapas, junto al nosocomio de atención general. Al evento acudió también Felipe Calderón, presidente de México en el sexenio 2006-2012, quien durante el discurso de presentación del hospital de manera estereotipada hizo referencia a la importancia de brindar atención con «partos de pie, como es la costumbre en las comunidades indígenas» (Gobierno de la República, 2010).

Desde el inicio del proyecto, la supervisión de la clínica ha estado a cargo de la Jurisdicción Sanitaria, ubicada en otro sector de la ciudad. Esto significa que la clínica es una dependencia autónoma, a pesar de compartir instalaciones con el Hospital de las Culturas. En un principio las parteras participantes sumaban alrededor de veinticinco, sin embargo, la mayoría dejó de asistir debido a la ausencia de un pago formal para retribuir sus servicios. A la falta de pago se suman problemas de organización en la clínica, la poca cantidad de mujeres que asisten para solicitar atención y también continuas disputas entre las mismas parteras, así como entre las parteras y personal institucional.

Al comenzar mi trabajo de observación, sólo colaboraban siete de las participantes iniciales, una por día de la semana, cuatro de ellas se autoadscriben como indígenas y tres lo hacen como mestizas.

Las parteras que aún permanecen en el proyecto señalaron sentir cariño por la clínica debido a que es un lugar en el que han permanecido por varios años. En contraste, una de las parteras desertoras del proyecto señaló:

Yo estaba allá, pero usted cree que ni para un refresco nos dan, a veces sólo la comida y en mala cara, uno no puede cobrar a la gente que llega, si no hay

³¹ Las parteras aquí referidas forman parte del grupo de parteras captado por el SSA para capacitación mensual.

dinero (...) caminando llegaba yo (...) y luego los regaños, que si está sucio, que si peleas, las otras parteras también pelean, mejor lo dejé.

Tras cruzar la entrada principal del Hospital de las Culturas, la clínica se encuentra ubicada a mano izquierda. Como parte de las instalaciones de acceso general hay baños, una sala de espera con televisor, un cubículo de farmacia vacío y un espacio de rezo integrado por un altar con la imagen de la Virgen de Guadalupe y otra de Jesús, además con figuras religiosas de santos como San Judas Tadeo y Juan Diego. El altar, abierto al público, está cubierto por un mantel blanco, tiene veladoras prendidas y fotos que han sido colocadas para solicitar la curación de personas, también hay arreglos de flores artificiales³².

En el área de consultorios hay un centro de recepción, un temazcal, un baño, servicio de regadera, una sala de revisión, una sala de expulsión, un almacén y la cocina, que en realidad estaba destinada a ser laboratorio. También hay cubículos vacíos que han sido utilizados como consultorio de lenguaje, biblioteca o área de trabajo del personal del Hospital de las Culturas. El jardín cuenta con plantas de altamisa, manzanilla, sábila, diente de león, hinojo, pino, laurel, geranio y níspero, estos arbustos fueron sembrados por las parteras que integraron en un principio el proyecto.

Las encargadas de limpiar y dar mantenimiento a la clínica son las propias parteras debido a que el personal de limpieza labora una vez por semana. Cada partera asea también los enseres de trabajo que utiliza en consulta y está a cargo de organizar registros de atención. A pesar de que los servicios ofrecidos en conjunto abarcan un universo amplio —caída de matriz, desparasitación, baños de hierbas, control prenatal, acomodamiento de bebé, empacho, curación de espanto, cólicos, caída de mollera y partos— una de las características del lugar es la falta de asistencia para recibir curación. La gran mayoría de días el espacio se encuentra vacío.

El abandono de la clínica debido a la poca atención administrativa ha dado como resultado diferentes problemas. Uno de ellos es el uso indiscriminado del espacio por el personal del

³² La idea de colocar un altar en este espacio surgió desde el ámbito institucional. A consecuencia de esta acción existen varias disputas entre las parteras tradicionales debido a que no todas son practicantes de la religión católica.

Hospital de las Culturas. Durante el trabajo de campo fue posible observar a médicos, enfermeras y empleados de limpieza acceder a las instalaciones de la regadera, la cocina y los baños sin restricción alguna. La sala de espera se utilizó como bodega durante campañas de salud e incluso para festejar un cumpleaños. El uso de los espacios por personal no autorizado es un tema de inconformidad para las parteras tradicionales, quienes señalan:

Uy, ya parece que nos va hacer caso, pero quiero ver si fuera al revés, si yo voy ahí donde está el doctor o las enfermeras, a ver si no me sacan.

Mejor ni decirles nada al rato nos salen con que hicimos algo, nos reporta y las regañadas somos nosotras, al fin es un rato, luego ya se van.

Otro problema derivado de la poca confluencia del lugar es la competencia entre parteras por conservar a las mujeres o niños que atienden. Las parteras que reciben más gente, de dos a tres consultas por día, son criticadas por el resto de ellas. Las discusiones implican las formas de atención empleadas, los años dedicados a ser partera, la adscripción étnica-racial y la religión.

Las dificultades para lograr una convivencia sana se han agravado en el pasado con la introducción de médicos y parteras profesionales a la clínica. Aunque la medida no es una constante en las acciones jurisdiccionales, cuando ha llegado a suceder, ha provocado una mayor tensión. Por ejemplo, respecto a la experiencia con una médico general una partera recuerda:

Esa doctora, era buena, lo que sí que su esposo... ay Dios...todo el día metido aquí. Las otras parteras la reportaron, luego puso todo sus medicamentos ahí en donde es farmacia y una partera llegó a tirarle todo y decir: «aquí somos medicina tradicional, no queremos esto», al final ella (la doctora) pidió su cambio.

En otras ocasiones las parteras indicaron que el personal enviado se situó en una jerarquía mayor al vincularse con ellas:

La partera profesional, estaba haciendo su servicio, no era de aquí (de nacionalidad mexicana) pero decía lo que estaba bien, lo que estaba mal, regañaba, nos revisaba los controles, nos reportaba... Decía: «Yo soy aquí la partera profesional, yo decido lo que se hace». Luego invitó sólo a unas parteras de aquí a trabajar con ella y a las demás no, vendían aceites, también trajo a sus amigas, unas gringas para atenderlas, ese día tenían música, puso una cortina y no dejaba pasar...

El doctor, le pedí que viniera a ver a mi paciente y me dijo: «vos sos partera o no, yo no sé para qué dicen que saben, si no saben». Luego regañó al hombre por traerla aquí (a la mujer).

Para el personal clínico los vínculos de la clínica con la jurisdicción, dependen de la administración en turno:

La casa de parto donde están ahorita las parteras, está muy descuidada porque fue otro proyecto, otro gobierno. Lo echaron a andar, se supone que a las parteras les iban a dar sueldo porque, oye, tienen que comer... y a la mera hora ni sueldo ni nada.

En forma contraria al descuido administrativo, las parteras tradicionales que se mantienen en la clínica muestran un continuo interés por hacer funcionar el espacio. De manera reiterada han aprovechado la mediación dada a través de la interculturalidad funcional para solicitar a la jurisdicción mejoras de infraestructura, materiales de trabajo, apoyo económico y la colaboración de personal clínico; especialistas ginecobstetras y enfermeras:

Que los doctores nos llaman... nosotras vamos vestidas con traje, les hacemos limpia, les hablamos en lengua y también les decimos lo que necesitamos, pero a veces sólo el rato en que están y luego ya no sabemos, los cambian, no vienen... Cuando estaba el Juan Sabines hubo música, rezo... nos traían para todos lados.

De las distintas dinámicas de interacción observadas entre el personal de la institución y las parteras tradicionales, destaca para el presente análisis una reunión en donde se anunció la

prohibición de atención a partos en la clínica, cuya vigencia se extendió de septiembre de 2015 a octubre de 2016. El argumento de esta medida fue la imposibilidad de apoyar a las parteras tradicionales ante un evento de emergencia obstétrica, debido a que el Hospital de las Culturas no cuenta con especialistas ginecobstetras. No obstante, de acuerdo a una entrevista realizada con personal clínico, todos los médicos del Hospital de las Culturas, sin importar su especialidad, cuentan con cursos de respuesta a emergencias obstétricas.

Como opción frente a la medida, se ofreció a las parteras tradicionales atender partos en la Clínica Materna de la cabecera municipal de San Juan Chamula, ubicada a diez kilómetros de San Cristóbal de Las Casas. La Clínica Materna referida fue inaugurada a principios de 2015. Su principal característica era que la atención estaba a cargo de parteras certificadas a nivel técnico, provenientes de CASA, la primer escuela de parteras reconocidas de manera oficial del país localizada en San Miguel de Allende, Guanajuato³³. Desde la perspectiva del personal jurisdiccional, la atención contaba con ciertas ventajas:

Inmobiliario (mobiliario) para que la paciente sea atendida según sus costumbres y porque las mujeres atendidas por parteras profesionales y enfermeras tendrán la opción de una atención distinta. La clínica tiene camas y lazos para que las mujeres se cuelguen y su función (la función de las parteras tradicionales) estará acompañada de médicos y parteras profesionales.

Las parteras tradicionales, presentes en la reunión, indicaron que ni las mujeres que atienden, ni ellas cuentan con recursos económicos para cubrir un traslado a San Juan Chamula. El personal jurisdiccional respondió que era responsabilidad de las parteras convencer a las mujeres. Se les aconsejó visitar la unidad médica y tomar fotos de los lazos para persuadirlas.

Respecto a los gastos de traslado, se sugirió hablar con las familias para que éstas aportaran el dinero, argumentándose que la institución únicamente puede apoyar a las parteras tradicionales con material, al no contar dentro de su normatividad con una disposición de sueldo que las considere como personal profesional, ni institucional. A diferencia de las

³³ Las parteras profesionales fueron despedidas el mismo año por la institución debido a que la población no acudía a consulta.

parteras tradicionales, las parteras profesionales fueron contratadas porque la institución reconoce en ellas un perfil laboral³⁴.

Después de la reunión descrita, la clínica funcionó de manera parcial. Las parteras sólo tuvieron acceso al área de revisión, mientras el baño temazcal, el jardín y la sala de expulsión permanecieron cerrados. Como respuesta a la situación las parteras manifestaron enojo señalando: «de los pelos nos van a tener que venir a sacar».

A lo largo de once meses solicitaron ayuda al DIF municipal y a funcionarios públicos de diferentes partidos políticos locales para reabrir la clínica. Su inconformidad las llevó incluso a visitar la radio para denunciar lo ocurrido. Desde la perspectiva teórica foucaultiana, las acciones realizadas por las parteras pueden comprenderse como estrategias de inversión frente al poder (Foucault, 1994: 126-127). En tal sentido puede decirse que la subjetividad de las parteras frente a la normatividad impuesta les llevó a ocupar en este caso una posición de resistencia para lograr revertir la medida institucional.

En Octubre de 2016, bajo una nueva administración jurisdiccional, la clínica fue reabierta en su totalidad para brindar de nuevo atención a partos. Durante el discurso de reapertura, el personal clínico y administrativo convivió con las parteras reconociendo su valía en los procesos de atención. Como incentivo les entregó a las parteras una despensa y se les notificó que a partir de esa fecha contarían con médicos de guardia para ser apoyadas en su labor. Durante la sesión las parteras, vestidas de nagua y peinadas con trenza, demostraron su conocimiento herbolario y realizaron limpiezas al personal participante. A partir de entonces se han realizado eventos de capacitación y encuentros de partería en los términos de interculturalidad funcional antes descritos.

³⁴ Tal perspectiva es equivocada debido a que como hemos visto las propuestas de la SSA reconocen la necesidad de retribuir económicamente a las parteras tradicionales.



Imagen 6. Reapertura de la clínica de medicina tradicional



Imagen 7. Reapertura de la clínica de medicina tradicional

El tercer espacio en que observé el desarrollo de interculturalidad funcional es el Hospital de la Mujer. Esta unidad médica fue inaugurada en el 2010 para ofrecer servicio de ginecología, obstetricia y cuidados neonatales de consulta externa, hospitalización y urgencias a todos los municipios de la región Altos. Cuenta aproximadamente con 261 trabajadores de atención clínica (entre, médicos generales, especialistas y enfermeras). Como parte de la plantilla también se consideran dieciocho traductores, tres por turno, sin embargo, a lo largo de las visitas de campo al hospital no fue posible contactar, ni conocer alguno.

La intervención de las parteras tradicionales en el hospital, captadas o no por la SSA, se limita a labores de traslado en casos de emergencia y a la orientación de las mujeres para acudir a revisiones de consulta externa. No se les permite el acceso a ningún área de trabajo. De manera frecuente, las parteras tradicionales son cuestionadas y regañadas por los médicos. La situación ha dado como resultado que algunas de ellas se nieguen a llevar a las mujeres que atienden a la unidad, según refirió una colaboradora del lugar: «muchas veces al Hospital llega la mujer con el promotor de salud o con el marido, las parteras tradicionales tienen temor de acudir».

De acuerdo a las cifras proporcionadas por el departamento de estadística del propio Hospital, durante el 2015 se atendieron 6,648 urgencias médicas, 6,179 se convirtieron en egresos hospitalarios. De esta cifra, el total de atenciones de partos y cesáreas fue de 4,892.

El Hospital de la Mujer cuenta con dieciséis camas de admisión general, de las cuales sólo diez se encuentran en funcionamiento, las camas de hospitalización suman veinticuatro, pero no todas están habilitadas. Ante la saturación del servicio, las instalaciones resultan insuficientes. Durante el trabajo de campo realizado en el hospital, el personal clínico reportó tener deficiencias de equipo, material y medicamentos. De las dos únicas salas de intervención quirúrgica existentes en el nosocomio una presentaba fugas de gas, por lo que utilizarla significaba un riesgo para pacientes y médicos.

Sobre los procesos de interculturalidad, algunos de los trabajadores administrativos reconocieron la existencia de discriminación y racismo hacia la población indígena, sobre todo en los turnos nocturnos y especiales:

Un médico especialista condicionó la atención a una embarazada, indicando a las enfermeras que si no bañaban a la paciente él no la atendería (el médico), la paciente se encontraba en un estado de salud grave, por lo que la prioridad era atenderla, no asearla.

La opinión de algunos miembros del personal sobre los problemas de salud en el embarazo es que las usuarias de adscripción indígena no acuden a consulta por usos y costumbres:

La gente no se ha preocupado por mejorar su situación económica, ni personal, porque la gente de comunidades vive por vivir, y con todos los apoyos gubernamentales ya se volvieron más arraigados sus usos y costumbres, porque las mujeres no trabajan, sólo el hombre va al campo y se ayudan ahí, sólo en un pedacito y ya no ven más allá ... porque son demasiado cerrados, porque con los apoyos gubernamentales están muy cómodos, con base a la negativa han obtenido beneficios.

Sobre las parteras tradicionales, una parte del personal clínico y administrativo asegura que éstas realizan procesos de atención dañinos a las mujeres y sus bebés:

Una mujer con óbito fetal, llegó grave, casi se muere. Había sido manipulada por la partera porque según ella (la partera) el bebé venía atravesado: lo mató. En lugar de llevar a la mujer al centro de salud o traerla para acá le dio té. Cinco días la mujer enferma con signos de infección. Se pone más grave, le hacen un ultrasonido, el producto se estaba descomponiendo. Hasta ese momento la trajeron, tú dime (refiriéndose a la entrevistadora), ¿si se hubiese muerto acá (la mujer) es mi culpa?

El posicionamiento de criminalización hacia las parteras tradicionales ha ocasionado que en caso de un traslado de emergencia, éstas no sean consultadas para conocer el estado previo de salud en que se encuentra la mujer atendida:

A mi me dijeron: «vieja chancluda, ustedes piensan que saben más que uno, la diferencia es que nosotros hemos estudiado muchos años para estar aquí».

Cuando llegas a urgencias no te dejan ni hablar, sólo el doctor dice: «ya la maltrataste, ya la inyectaste (oxitocina)... Te dejan fuera³⁵ y dicen: «sólo a la familia doy información».

En cuanto a la organización de capacitaciones sobre interculturalidad que incluyan al personal clínico y administrativo como vía para modificar la situación, la mayoría de entrevistados coincidió en señalar que los cursos realizados hasta el momento son superficiales y no cubren los requerimientos para lograr mejoras. En otros casos, los entrevistados corroboraron que en la experiencia de cursos orientados a vincular la práctica entre médicos y parteras tradicionales, son los médicos los que muestran mayor renuencia, al considerar que las parteras entorpecen su trabajo.



Imagen 8. Sala de emergencias Hospital de la mujer

³⁵ Cabe recordar que las parteras tradicionales tienen prohibido el paso al área de urgencias

La relación intercultural establecida en los espacios descritos, entre el personal de la institución y las parteras tradicionales, además de comprenderse como funcional, puede ser observada a través del marco teórico de la regulación biopolítica y los efectos de la anatomopolítica por contener medidas normativas.

Lejos de fundarse en un ámbito de equidad y autonomía, la captación de parteras tradicionales por la SSA en San Cristóbal de Las Casas se traduce en la sujeción de cuerpos productivos por una institución disciplinaria que estructura un dispositivo de control para introducir a las parteras tradicionales hacia lo que es considerado como normal en el ámbito biomédico de la atención reproductiva de las mujeres y, de esta manera, alcanzar un fin: la disminución de la muerte materna.

El proceso de normalización de las conductas y las prácticas cotidianas para alcanzar el objetivo se realiza «no con el rigor de una prohibición sino con la necesidad de reglamentar» (Foucault, 1998: 17). Se habla entonces de lo conveniente a la salud, de lo que es bueno y aceptable para ser una partera reconocida, dócil y económicamente rentable que se adapte a una serie de verdades y una forma de vida.

Los dispositivos desplegados desde la política intercultural influyen así en las prácticas cotidianas de las parteras y, por tanto, en los procesos mediante los cuales es comprendida su existencia. Un ejemplo de lo anterior se observa en la disciplina vertida durante los procesos de capacitación, donde son priorizados temas de planificación familiar, la prevención de riesgo y el peligro, que remiten a procesos biológicos que deben ser vigilados en beneficio público. A través de la relación entre parteras tradicionales y SSA surgen reglas sobre las conductas adecuadas para las primeras, sus responsabilidades y capacidad de acción o límites. Es decir, se coloca la vista no en lo que son, sino en lo que debieran ser en acuerdo a la función que deben cumplir en la sociedad según las expectativas institucionales. La vigilancia del cumplimiento de reglas y normas impuestas a las parteras tradicionales queda a cargo del personal institucional bajo los paradigmas asimilados previamente, en este caso a conveniencia biomédica. La normalización incorporada por las parteras se ve claramente en sus discursos.

4. LA NORMALIZACIÓN VISTA A TRAVÉS DEL DISCURSO

En esta sección reviso la forma en que las «construcciones de verdades» operan y funcionan de acuerdo con la biopolítica y la anatomopolítica (Foucault, 2001: 34), en un contexto donde en correspondencia al discurso dominante de salud reproductiva se transmite a la partera lo que le es permitido o no hacer.

De acuerdo a lo señalado en el apartado introductorio de la presente investigación, la metodología planteada para analizar la interacción indicada parte de Volóshinov. Al respecto debe tomarse en cuenta que un enunciado no sólo es reconocido por la organización de las palabras, dado que los implicados en un proceso comunicativo otorgan a cada enunciado una entonación y un acento valorativo, de acuerdo a la situación social del diálogo (Volóshinov, 2009: 167). La interacción puede darse de forma verbal con enunciados concretos o mediante expresiones no verbales cuya elaboración interna no llega a transformarse en enunciado. Las respuestas no verbales son reconocidas en los gestos y las actitudes que, a la vez, sirven como marco referencial para comprender la circunstancia de la comunicación.

Como podrá leerse en los casos presentados, las parteras expresan desacuerdos con la institución sin cuestionar el proceso de medicalización que ha sufrido su práctica. La referencia biomédica incluida podría comprenderse, en palabras de Volóshinov, como un discurso ajeno reproducido por las hablantes, donde los «enunciados conservan su contenido temático al ser transferidos hacia el contexto autorial (...) para su asimilación» (Volóshinov, 2009: 181). Comprobando la forma en que la producción de discursos es controlada seleccionada y distribuida para imponer una función disciplinar y una voluntad de saber social, entendida esta última noción como una orientación de la elección y el acto de conocimiento en las personas, determinada históricamente por un sistema de exclusión entre lo que es falso y verdadero (Foucault, 1992: 13-17).

A continuación analizaré tres ejemplos de discursos producidos por las parteras tradicionales en los que expresaron sus posturas sobre la experiencia en la SSA. Dos de ellos se relacionan con los procesos de capacitación. El primero de estos fue emitido en el espacio institucional; y el segundo, en una entrevista realizada fuera de ese espacio. El

tercer discurso corresponde a la reflexión de las parteras, expresada durante la reunión con personal institucional en la que les fueron anunciadas las restricciones impuestas para atender partos en la Clínica de Medicina Tradicional; referidas en el apartado anterior del presente capítulo.

En cada situación observo la coincidencia o desacuerdos entre el personal institucional y las parteras tradicionales al dialogar, el modo en el que las escuchas significaron la información y, dada la circunstancia, reprodujeron el discurso institucional biomédico de manera directa, distanciándose de la información; en forma indirecta, adaptándola a su propio discurso o bien en un estilo indirecto libre al adoptar la perspectiva de la SSA, mostrando así los efectos de la biopolítica y la anatomopolítica.

Ejemplo1:

Enfermera– A ver, ahora sí, les voy a preguntar al azar. Quiero que me vayan diciendo signos de alarma una por una. A ver... tú dime (señalando a la Partera 1).

Partera 1– Muka'y (No entiendo).

Enfermera– ¿Qué es muka'y?

Partera 2– Es que no entiende, muyuk, no hay.

Enfermera– Entonces no hay certificados... No vieron la película porque se quedaron dormidas. Les puse caricaturas para que fuera más animada, para que vieran y observaran, porque no todas sabemos leer, no todas sabemos castilla, pero no se vale que se queden dormidas porque se entienden las imágenes. Signos de alarma, ¿qué es un signo de alarma?, ¿qué es un signo de alarma?, ¿qué es un signo de alarma?. ...A ver, ¿qué significa signo de alarma?

Partera 3 – Cuando se siente mal la persona.

Enfermera – A ver, alguien más, algo que añadir, ¿qué significa un signo de alarma?

Partera 2– Que debemos de estar al tanto de si vamos a poder atender a la señora o debe ir al hospital.

Enfermera– Es un signo de peligro, a ver, ¿qué es un signo de alarma?

Partera 4– Es cuando la señora empieza ya con complicaciones, que ya no puede.

Enfermera– Eso son signos de alarma, pero estoy preguntando, ¿Qué es un signo de alarma?

Partera 3– ¿Peligro?

Enfermera– Eso, eso es lo que quiero que se graben, signo de alarma es peligro, ¡peligro!, ¡la embarazada puede morir! Ella y el bebé. Son señas de que algo no está bien, de que deben enviar a la mujer al hospital, ¡es peligro!, ¡peligro! Cuando oyes una ambulancia va sonando la sirena, ¿por qué va sonando la sirena? porque la persona que va ahí corre peligro, es peligro para que te abras ¿Qué hace la señora en la película?, lo hace exagerado, pero sale corriendo como loca con el coche a la puerta. Espero que nunca se les haya muerto nadie, pero a las que se les haya muerto, ustedes saben que la vida se va, por eso

deben de salir al hospital ¡Acudan al hospital!

Partera 4– Pero es que a veces no hacen caso a la partera, ni la mujer, no atienden.

Enfermera– Se quejan ustedes, ya ahorita no es como antes, hay una cosa que se llama buzón de quejas y ahí se quejan, pero con respeto porque algunas personas llegan exigiendo lo que el médico debe hacer y eso no es así. No debemos llegar a exigir. El médico sabe.

Partera 5– Licenciada traje una mujer, no lo traje yo, lo trajo la familia, no la atendieron. Luego fue a médico particular. Ahí supo que ya no se movía el bebé, ¿qué pasó ahí?, dos días estuvo cargando en su estómago al bebé muerto para que la atendieran.

Enfermera– Bueno, ¿cuánto tiempo tenía ese bebé sin moverse? A lo mejor más días y ella no sabía.

Partera 5– No, no, fue en la mañana que lo dejó de sentir. Fui a checar yo una semana antes y todo estaba bien. En la mañana no se movía, sólo esperó a que llegara el marido y luego vino.

Enfermera– Mire lo que me acaba de decir, ¡esperó al marido!, ¿qué les acabo de decir? La vida es cuestión de un segundo, inmediatamente debió acudir, no esperar al marido porque los maridos trabajan.

Partera 5– Pero es que es el costumbre que hay que esperar, estaba lejos (la mujer).

Enfermera– Fíjense cuantas horas, si ella hubiera ido, hubiera sido atendida... Nada de esperar marido, ¡vámonos!

Partera 6– A nosotros como parteras no pasa eso porque estamos capacitadas, pero a las que no están les pasa porque no saben los signos de alarma en su paciente.

Descripción de la interacción discursiva

En una de las reuniones de capacitación realizada mensualmente en la clínica de Los Pinos, el tema tratado con las parteras se tituló: Signos de alarma durante el embarazo. Antes de la plática, la enfermera a cargo presentó un vídeo de dibujos animados, con una duración aproximada de veinte minutos. La proyección contó la historia de una mujer en periodo de gestación que acudía de emergencia al hospital con signos de cefalea, náuseas y vista borrosa. Tras finalizar el vídeo, la enfermera dio inicio a una interacción comunicativa con seis de las parteras asistentes, el resto –quince– sólo participaron como oyentes. Durante el diálogo todas las parteras permanecieron en una postura sumisa, sentadas, cruzadas de brazos y con la cabeza baja.

Como puede observarse en la interacción discursiva transcrita, la entonación de la enfermera hacia las parteras es autoritaria, mostrando incluso enojo a las participantes que se quedaron dormidas durante la proyección del vídeo. La expresión «signo de alarma» fue mencionada diez veces, mientras que la palabra «peligro» fue emitida en ocho ocasiones.

La significación que las parteras otorgaron al tema tratado no cuestionó la forma autoritaria del discurso de la enfermera, ni mostró desacuerdo explícito ante el discurso del peligro. La única oposición surgió al respecto de los servicios hospitalarios. Dos parteras manifestaron que las mujeres no son atendidas en forma adecuada, incluso una tomó como ejemplo un caso de óbito fetal. La respuesta de la enfermera fue la censura; responsabilizando a las parteras por exigir servicios al «médico que sabe», en el segundo caso se culpó a la mujer por no acudir a tiempo al hospital. Aunque la partera expresó que la espera se entiende «porque así es el costumbre», al final asumió la valoración de la enfermera. Finalmente, otra partera concluyó la interacción señalando que las parteras tradicionales capacitadas saben detectar signos de alarma, a diferencia de las no capacitadas, refiriendo así el discurso medicalizador en forma indirecta libre que culpabiliza a las parteras que no se capacitan. La expresiones signo de alarma y paciente en este caso podrían designarse como enunciados ajenos debido a que se incorporan al discurso de las parteras como tema institucional, haciendo alusión a que el conocimiento biomédico de los signos de alarma evita las muertes maternas.

Ejemplo 2

Antropóloga –¿Sientes que las capacitaciones son deficientes?
Doña Albina – No es adecuada para mí (...) hace más de un año que estoy solicitando métodos anticonceptivos, que nos dieran orientación de planificación para evitar hijos muy seguidos. También que tengamos una hoja de control para ver también (una guía) (...) porque no lo saben detectar, porque muchas no conocen como un embarazo anembrionario (anembrionario)³⁶ un embarazo molar (malformaciones) (...) Eso muchas parteras lo confunden con enfermedad, no como embarazo, pero porque la Secretaría de Salud nunca ha tocado ese tema (...). En cambio sólo las complicaciones, dicen: «tienes que enviar al hospital, tienes que enviar» (...) Ellos (SSA) no te dan capacitación que sea buena. Ella (la enfermera a cargo de las capacitaciones) puede decir que sabe más (...) entonces sería bueno tocar temas para también identificar.

Descripción de la interacción discursiva

En el fragmento anterior se hace referencia a las capacitaciones organizadas por la SSA. La entrevistada es Albina, una mujer tsotsil que heredó la práctica de la partería de su abuela y

³⁶ Se trata de un aborto espontáneo ocasionado por la falta de desarrollo del embrión.

su madre, quienes fueron parteras tradicionales. Junto al conocimiento aprendido en el orden familiar, Albina ha incorporado en forma autodidacta el aprendizaje biomédico. La entrevista fue realizada en un espacio ajeno a la institución. Durante la conversación, la partera mostró disposición para expresar de manera abierta su opinión sobre el tema tratado.

Doña Albina define como no adecuadas las capacitaciones de la SSA para las parteras tradicionales. Esta opinión puntualiza la falta de información a las parteras sobre temas como planificación familiar o tipos de embarazo, concluyendo de manera implícita que dichos temas no han sido tratados de modo eficiente. Al reproducir de manera directa el discurso institucional: «tienes que enviar al hospital, tienes que enviar», Doña Albina refuerza, además, las evidencias de una relación jerarquizada que considera a las parteras como intermediarias para canalizar a las mujeres a la institución. Igual que en otros casos, no cuestiona la medicalización de la práctica, sino el desarrollo de las relaciones con la SSA. Como parte de las preocupaciones expresadas, el interés por la detección de problemas durante el embarazo y por el control a través de guías de enseñanza hace también referencia al discurso biomédico en forma indirecta libre como enunciado ajeno sobre la prevención de riesgos.

Ejemplo 3:

Partera 1–Lo que estoy escuchando para nosotros lo están diciendo bonito, pero al buen entendedor pocas palabras... De este lugar nos vamos, así de la nada... y en cierta forma nosotros ya le tenemos cariño a este lugar. Nos están diciendo que para ir a Chamula a trabajar... ¿si nos vamos a organizar allá, qué planes tiene el gobierno, qué planes tienen ustedes para nosotros aquí?

Partera 2–Doctora, nosotros tiene un buen rato que estamos acá, ¿qué vamos a ir a hacer a Chamula?

Partera 3– Yo lo siento así que no se vale.... que nos tomen en cuenta.

Partera 4– Nos están dando una patada.

Partera 5– Somos muy poquitas acá, si aquí este lugar no ha funcionado por poquitas, pero si nos dejan trabajar a un cien, como un ochenta lo sacamos (...) nosotros no tenemos una carrera, pero sabemos y cuando vemos algo que está fuera de nuestras manos vamos corriendo (al hospital), lo llevamos. Nos van a presentar en Chamula, pero nos van a tener como parteras fantasma... vamos a ir allá de vez en cuando, nos van a dar una credencial y si entramos, a lo que podamos, porque no nos dejan pasar.

Partera 6– Yo le voy a decir con respeto que nos han ofertado muchas cosas, pero que nos hablen claro (...) nosotras como parteras somos un lazo muy importante porque muchas

pacientes no les gusta ir con médico y gracias a dios recibimos una capacitación importante en el centro de salud. Pero yo creo que la doctora es razonable, de mi parte dígame que se toque su corazón, que cuando nosotros iniciamos aquí en el área lo hicimos con mucha ilusión, no creyéndonos médicos porque desgraciadamente no lo somos, pero sí con experiencia porque no maltratamos a las pacientes. Entonces considero que así como la doctora, cuando venimos, no me dejaran mentir, dijo: «Esta área es de ustedes, aquí pueden trabajar. Ustedes son mis parteritas, nadie las va a molestar», decía ella, entonces que recuerde.

Partera 7- Yo soy huixteca y vea usted sólo dos doctores han ayudado acá, los otros... la partera no sabe... ¿pero ese doctor?, creo que eso no es doctor... han de ser de la calle. Como dice usted un médico acá, pero un médico que ayude ... mientras ya me voy de mi casita (la Clínica de Medicina Tradicional).

Partera 8- Me siento mal porque desde cuando ya nos lo venían diciendo, aquí nos lo barajearon bien bonito. Allá en Chamula hay parteras profesionales (...) que no se hagan, lo que quieren es que nos salgamos.

Descripción de la interacción discursiva

Como he señalado en un apartado previo, durante octubre del 2015 fue organizada una reunión entre el personal institucional y nueve parteras tradicionales, donde se anunciaron restricciones aplicadas en Clínica de Medicina Tradicional por parte de la Jurisdicción Sanitaria, entre las que se prohibió a las parteras tradicionales ofrecer atención a partos en las instalaciones. Las reflexiones expresadas en dicha reunión por las parteras manifestaron desacuerdo de manera abierta ante la decisión institucional.

Para las parteras las restricciones en la Clínica de Medicina Tradicional fueron comprendidas como un engaño e incluso como una traición, cuya significación quedó plasmada con frases como: «lo están diciendo bien bonito, pero al buen entendedor pocas palabras», «nos están dando una patada» o «que no se hagan, lo que quieren es que nos salgamos». De manera similar a los casos de interacción discursiva analizados de forma previa, las parteras no cuestionaron la relación jerárquica en el ámbito profesional con el personal institucional, incluso reforzaron una posición subordinada expresando la importancia de recibir capacitación o la desgracia de no ser médicos. En sus discursos se identifican también enunciaciones indirectas libres del discurso biomédico sobre el riesgo, como: «No maltratamos a las pacientes» o «cuando vemos algo que está fuera de nuestras manos vamos corriendo».

A partir de las interacciones discursivas analizadas, es posible explicar la manera en que las relaciones entre las parteras tradicionales y la SSA, en San Cristóbal de Las Casas, se encuentran fundamentadas en un posicionamiento teórico disciplinar biomédico que es encubierto desde la interculturalidad; para regular las actividades de las parteras captadas, ejerciendo poder con base en un discurso de verdades que transformen a la partería tradicional en «aceptable y técnicamente útil» (Foucault, 1998:15).

Los fragmentos revisados develan, a su vez, un discurso ajeno de control con enunciados temáticos presentes en las expresiones de las propias parteras; aludiendo a límites y reglas respecto a su práctica. Para ser reconocidas institucionalmente las parteras han tenido que adaptarse a una posición subordinada que les lleva reproducir discursivamente de manera directa o indirecta principios biomédicos. La transformación, puesta en marcha por ellas mismas, modifica conductas prácticas hacia lo que el espectro médico considera como aceptable, dando como resultado una forma de ser partera. De acuerdo con la reproducción del discurso disciplinar y la participación en los dispositivos de control, las parteras tradicionales muestran interés en ser reconocidas por la biomedicina como agentes valiosos de salud.

En resumen, en el presente capítulo fueron revisados los lineamientos de interculturalidad que consideran la práctica de las parteras tradicionales en la SSA. Con base en el concepto de interculturalidad funcional, propuesto por Tubino (2004), se comprobaron elementos de un sentido instrumental estratégico que capta a las parteras tradicionales, condicionando sus acciones de forma jerárquica a la disciplina biomédica y al cumplimiento de objetivos de salud pública, atravesados por paradigmas biológicos, en acuerdo a estándares de salud definidos previamente para disminuir la muerte materna. A través de la normatividad de la SSA, también fue comprobada la permanencia de una idealización cultural que, bajo el pretexto del rescate y el respeto a la identidad cultural, oculta aspectos socioeconómicos de desigualdad en la relación estudiada.

Para San Cristóbal de Las Casas el análisis de la interculturalidad funcional entre parteras tradicionales e institución desveló además una relación mediada por dispositivos de disciplinamiento que afirma conductas apropiadas de atención y erige una forma de ser

partera. Aunque dichos argumentos muestran realidades asimétricas, no parecen ser en su totalidad suficientes para explicar la situación de exclusión a la que se enfrenta el grupo estudiado. Con el propósito de esclarecer tales cuestiones, en el siguiente capítulo recurriré a las contribuciones hechas por Agamben al concepto de biopolítica de Foucault.

CAPÍTULO III

BIOPOLÍTICA, SOBERANÍA Y VIDA DESNUDA

Pero la pseudonaturaleza a la que la ciencia moderna se propone reintegrarnos no es más que una suerte de animalidad sin instinto, con seguridad la prisión más humillante y *abstracta* que se pueda imaginar. Y de hecho, esta naturaleza existe tan poco que los científicos, apoyados por toda la artillería *fina* de la dominación, están obligados a trabajar sin descanso en su construcción (...) Se trata de un *moralismo fisiológico de masas* que se organiza bajo el auspicio del biopoder (Tiqun 1, Hombres –máquina: instrucciones de uso)

[Entonces] Resulta crucial preguntarse por las condiciones en que algunas vidas humanas son privadas de derechos humanos básicos, si no universales (Butler, 2006:86).

A fin de considerar las razones que explican la exclusión a la que son expuestas las parteras tradicionales captadas por la SSA en San Cristóbal de Las Casas, a continuación abordo algunos de los aportes hechos por Agamben a la perspectiva teórica de la biopolítica propuesta por Foucault. Tal reflexión presupone en principio la indagación alrededor de conceptos como gubernamentalidad (Foucault, 2006) soberanía, estado de excepción, homo sacer y nuda vida (Agamben, 2006), de los cuales me ocupé en la introducción de este trabajo. A partir de tales nociones, en las siguientes páginas realizo un acercamiento para visualizar la situación concreta por la que atraviesan los sujetos de estudio para lo cual presento algunos fragmentos de testimonios y una historia de vida relacionada al tema tratado. En el análisis apuntado pretendo señalar la manera en que la asignación de un proyecto ajeno, impuesto bajo el despliegue de la biopolítica vigente, ha perpetuado la precarización y la ausencia de derechos para las parteras tradicionales referidas, reduciéndoles a un papel marginal dentro del proyecto de salud desplegado.

1. LOS ABISMOS CONTEMPORÁNEOS DEL EXTRAÑAMIENTO

El desarrollo del presente apartado se centra en algunos de los planteamientos elaborados por Agamben a través de su intento por investigar el sentido y las transformaciones de la política occidental moderna. Con una marcada influencia de los trabajos y el pensamiento confeccionado en forma previa por Benjamín, Schmitt, Arendt, Heidegger y, por su puesto, Foucault, las premisas agambenianas evocan trazos para identificar una relación entre gobierno, soberanía, vida y política.

Siguiendo las sugerencias teóricas de Foucault (Foucault, 2006), Agamben apunta la presencia de la gubernamentalidad como un elemento del funcionamiento político intrínseco a un determinado contexto histórico de la biopolítica, que se vincula al avance del proyecto económico liberal, pero añade a dicha proposición la necesidad de reflexionar sobre una diversidad de modelos jurídicos institucionales que nos remiten al «resurgimiento de la soberanía».

Cabe señalar que el sentido otorgado al concepto de soberanía es de tipo absoluto y puede comprenderse al repensar las definiciones del siglo XVI que señalan un poder sin restricciones legales (Bodin, 1997). Retomando a Schmitt, Agamben identifica el funcionamiento de los mecanismos soberanos a partir del cumplimiento del estado de excepción.

Para Agamben, una de las características de la política moderna es el proceso por el cual las estructuras estatales han entrado en una vía de disolución tras la Primera Guerra Mundial. En tal contexto la transformación del sistema jurídico legal que implica una relación entre gubernamentalidad y el resurgimiento soberano inauguró espacios donde la excepción se convierte en regla para cierta población, privándole con ello de cualquier derecho o protección previamente establecido.

El ejercicio de un poder soberano dislocado, con un estado de excepción convertido en regla, tiene como consecuencia la pérdida de validez de las leyes, que se presentan «vigentes, pero sin significado» en un momento donde «el espacio de la nuda vida que estaba situada originalmente al margen del orden jurídico va coincidiendo de manera

progresiva con el espacio político [desdibujándose así] (...) el fundamento (...) sobre el que reposaba el sistema político, la separación entre bios y zoe³⁷.

Cuando las fronteras entre bios y zoe se desvanecen y se hacen indeterminadas, «la nuda vida (...) pasa a ser a la vez sujeto y objeto del ordenamiento» a partir de la asignación de un proyecto que circunscribe y clasifica, bajo parámetros gubernamentales y diferentes grados de acción, lo que es aceptable o compatible con el despliegue biopolítico vigente y lo que es convertido en nuda vida, colocándose en estado de suspensión (Agamben, 2006:19). La soberanía decide en estos términos «la inscripción en el cuerpo de la ley (...) la implicación de la vida en el esfera del derecho» (Agamben, 2006: 40).

De lo anterior se desprende una diferencia con el concepto de zoe o vida desnuda formulado en la antigüedad. En la época de las democracias contemporáneas, la nuda vida sobrepasa una clasificación fisiológica, desbordando el punto donde la biología se convirtió en problema político; su construcción implica la ejecución de un proyecto donde todo lo que no encaja es homogeneizado reduciéndose por decisión soberana al ámbito natural que transgrede aquello considerado como humano (Galende, 2009: 89). Así, «en el estado de excepción efectivo, la ley que pierde su delimitación frente a la vida tiene, por el contrario, su correlación en una vida que, con un gesto simétrico pero inverso, se transforma íntegramente en ley (Agamben, 2006:75).

La perversión de la soberanía, en términos de sentido, también ha modificado el medio para su ejecución. En lugar de presentarse como el fallo de quien reina a sus súbditos sin restricción alguna, la decisión soberana es expresada a través del ejercicio de funcionarios pertenecientes a diferentes instituciones, que respaldados en los poderes que dan forma a la estructura estatal y en acuerdo a un proyecto de gobierno deciden acerca de la vida de un ciudadano y de la población en general. Dando lugar como parte de la regulación biopolítica a «un espacio en que el orden jurídico normal queda suspendido de hecho y donde el que se cometan o no atrocidades no es algo que dependa del derecho, sino sólo del civismo y del sentido ético de la policía que actúa provisionalmente como soberana» (Agamben, 2006: 222).

³⁷ Bios entendido como la asignación de un proyecto político, zoe haciendo referencia al simple hecho de existir, los procesos biológicos relacionados a la vida.

Para autores como Butler, la convergencia entre soberanía y gobernabilidad debe ser observada como una relación instrumental. La soberanía existe como táctica en el campo de la gubernamentalidad. «A través de este acto de sustracción, el Estado produce una ley que no es una ley. El estado de emergencia retrotrae el funcionamiento del poder de un conjunto de leyes (judiciales) a un conjunto de normas (gubernamentales) que restablecen el poder soberano: normas que no son obligatorias a causa de las leyes establecidas (...), sino discrecionales, arbitrarias, ejercidas por funcionarios que las interpretan unilateralmente y que deciden las condiciones y la forma en que serán invocadas» (Butler, 2006:91). En el caso de las parteras tradicionales, estas decisiones son tomadas y ejecutadas por el personal institucional, administrativo y clínico local, así como por otros actores del ámbito social que intervienen en los procesos de regulación hasta aquí señalados. El efecto de las decisiones soberanas como norma táctica de gobierno completa un círculo de acciones que pueden presentarse en forma de procesos de subjetivación, al modelar conductas, o bien como violencia.

Por otro lado debe subrayarse que en la configuración biopolítica de la modernidad, la creación de espacios donde prevalecen como características el estado de excepción y la decisión soberana excede límites precisos. Su materialización puede capturar a cualquier forma de vida para descalificarla y colocarle en la indistinción y la vulnerabilidad al sustraerle «del contexto económico y social al que en un tiempo había pertenecido» (Agamben, 2006: 235), convirtiéndola en homo sacer.

Como parte de la dimensión jurídico-política del homo sacer es posible identificar un escenario de doble excepción donde «la impunidad de matar y la exclusión del sacrificio» retomadas por Agamben remiten a una circunstancia de abandono que puede asociarse en el presente con aquellas vidas capturadas por decisiones soberanas, cuyo único delito ha sido existir. Vidas nulificadas en espacios en los que cualquiera puede contribuir de manera directa o indirecta a su inhabitabilidad o muerte, pero que al mismo tiempo son consideradas como inviolables o sagradas frente a preceptos seculares otorgados por un abundante ideario de derechos humanos inaugurado a partir del periodo de la Ilustración. Cabe recordar que el conflicto político de la producción de cuerpos involucra una pérdida de derechos de ciudadanía (bios), conservando para la nuda vida los derechos de hombre

que en algunos casos permitirán una recodificación y la asignación de una identidad acorde a lo previsto por la regulación biopolítica.

En tanto que vida privada de gozar de ciudadanía, homo sacer es el migrante indocumentado despojado dos veces de la posibilidad de alcanzar un proyecto de vida: la primera al ser expulsado del territorio que le vio nacer ante la carencia, la segunda al ser clasificado como criminal y deportado en el cumplimiento de medidas de seguridad impuestas por el país de destino. Homo sacer en nuestros días son los refugiados sirios, somalíes, hondureños, guatemaltecos, salvadoreños o mexicanos cuya vida ha quedado marcada por el terror de guerras, entre poderes legales o ilegales, gestadas a conveniencia de la economía mundial. Se convierten en homo sacer los empleados de empresas públicas o privadas que de un día para otro han experimentado ser liquidados por una decisión de facto, perdiendo con ello la oportunidad de brindar una vida digna a sus familias; y también lo era Sol, la mujer que, como muchas otras, asesinó a sus hijos y se suicidó abriendo las llaves de gas de la estufa por tener deudas económicas, pero no trabajo ni oportunidades para conseguirlo debido a determinaciones de la violencia estructural que atravesaba su existencia (Balderas, 2016).

Los ejemplos son innumerables frente a la movilidad que hoy representa a las fronteras de la biopolítica. La mayor parte de las veces, los cuerpos de la nuda vida se presentan ante nuestra mirada anestesiada. Como integrantes del momento actual naturalizamos circunstancias de precariedad, admitiendo posiciones de ventaja frente a otros como una circunstancia de mérito moral o en el mejor de los casos nos limitamos a señalar la indigencia material y hacemos apología de la desgracia, asumiendo que «quien denuncia, se exime» (Tiqqumin 1, s/f). En tal sentido se podría argumentar que «toda sociedad decide cuáles son sus hombres sagrados» (Agamben, 2006:177) e incluso actúa como soberana para asegurar el funcionamiento de una maquinaria política donde finalmente el trabajo de sujeción de los sujetos y el despliegue de diversos poderes es ejercido por los mismos sujetos.

Para el tema que nos ocupa, sostengo que el concepto de homo sacer puede vincularse a la situación por la que atraviesan las parteras tradicionales debido a que el fundamento

simbólico de su labor ha sido sustraído, asignándoseles en su lugar una tarea como ayudantes para lograr una regulación de la natalidad y la disminución de muerte materna bajo la perspectiva de la biopolítica vigente, aunado a lo anterior existe un vacío legal respecto a los derechos y las obligaciones que competen a su actividad, lo que termina por colocarlas en una situación de vulnerabilidad y marginación. Un ejemplo de ello es la falta de claridad en la relación intercultural institución - parteras, cuyos resultados desdibujan no sólo la diversidad de prácticas existentes en la actualidad, sino también generan vacíos de información en cuanto a las realidades estatales y regionales donde las parteras ejercen. Dichas lagunas incluyen el señalamiento impreciso de retribuciones económicas y seguridad social, el desarrollo de una metodología de encuentros de enriquecimiento mutuo, la construcción de infraestructura, la provisión de equipos de comunicación y atención, y la coordinación de trabajo con el personal clínico y administrativo.

En la situación descrita poco importa hablar del significado de la partera tradicional para los pueblos alteños como parte fundamental del cumplimiento de la subsistencia de preceptos protectores de la vida; o de la ejecución de prácticas, efectuadas por ésta, que simbolizaban un mito fundacional para resistir a la Santa Tierra (Guiteras, 1961: 159-166).

En el abismo de extrañamiento transitado por las parteras su labor es recodificada para alcanzar los objetivos del milenio que no las incluyen. Con diferentes enfermedades, los cuerpos de las parteras tradicionales captadas por la SSA son la vida desnuda manipulada como fuerza de trabajo bruto en beneficio de un ordenamiento biopolítico, los fantasmas que pueden aguardar horas por un parto o por un documento, el mal necesario que en algún momento se espera corregir.

La situación tampoco es prometedora en el ámbito del resurgimiento de los derechos reproductivos que ha reivindicado en las últimas décadas la práctica de parteras certificadas por instituciones públicas y privadas en el ámbito nacional e internacional, con competencias que incluyen, además de capacidades de acompañamiento y atención, sensibilidad, responsabilidad, autonomía, cuidado integral de la salud y orientación en derechos sexuales con la finalidad de promover la «equidad de género y el respeto a la diversidad cultural» (Asociación Mexicana de Partería, 2017) .

A pesar de que la partería posmoderna en el país es impulsada «por parteras de diferentes partes del mundo con conocimientos nuevos que se han reproducido y combinado con el conocimiento de la partería tradicional» (Asociación Mexicana de Partería, 2017), la partera a la que me he referido a lo largo de este trabajo debe ser también reeducada y disciplinada en estos espacios para formar parte de un proyecto que tampoco encabeza y que muy al contrario de lo supuestamente pretendido, igual que otras perspectivas de regulación, termina por limitarla manteniéndole al fondo de los asuntos considerados como importantes.

2. LAS PARTERAS COMO HOMO SACER: «NOS TRATAN COMO A LA SUELA DE SUS ZAPATOS»

El subtítulo para esta sección fue retomado de una conversación con Doña Eusebia, partera tradicional desde hace más de cuarenta años, originaria de San Juan Chamula, de adscripción tsotsil, quien se integró a las capacitaciones de la SSA hace diez años a través de una invitación del personal jurisdiccional.

Hace algunos meses, después de una reunión de capacitación organizada por la institución, me ofrecí a llevar a Doña Eusebia a su casa. La plática de camino a nuestro destino se dirigió hacia el comienzo de mi interlocutora en la partería. De igual manera que otras parteras, tras concebir ocho hijos sola, Doña Eusebia sintió la necesidad de ayudar a mujeres cercanas, poco después fue ganando fama al tiempo que cada vez más gente solicitó su servició.

Al recordar los años que ha dedicado a ser partera Doña Eusebia se mostró contenta. Durante el encuentro me contó que el compromiso de su actividad implica también saber cumplir con ciertas obligaciones, como por ejemplo evitar malos tratos hacia la mujer o contar cosas íntimas acerca de ésta, que más tarde puedan ponerla en evidencia frente a otros. Ante todo se debe ser consciente de que las decisiones que se toman influyen más allá de la atención.

Doña Eusebia me confió con orgullo que en la comunidad de origen su labor llegaba incluso a incidir en las dinámicas de las relaciones familiares. Algunas veces las mujeres a

las que atendía le solicitaban consejo sobre problemas con su esposo o hijos; los padres de mujeres que no estaban casadas habían acudido a consultarla sobre remedios para encontrar una buena pareja a su hija, e incluso ella había tenido que intervenir para avalar ante la asamblea comunitaria la fidelidad y el comportamiento de una mujer que se encontraba viviendo sola debido a que su cónyuge había salido a trabajar a otro estado.

En el ámbito de la organización comunitaria, Doña Eusebia era tomada en cuenta además por algunas familias para participar en ceremonias de petición de pareja. En este tipo de eventos, el novio estaba obligado a llevar refresco, pan, posh y carne a la familia de la novia. De acuerdo a la costumbre, la acción demuestra que la mujer es importante para el hombre y que tendrá respeto por su nueva filiación. El hecho de aceptar estar presente en estos intercambios implicaba para Doña Eusebia el compromiso de que en el futuro ella sería encargada de recibir a los hijos de la pareja.

Hace aproximadamente veinticuatro años que Doña Eusebia llegó a vivir a San Cristóbal de Las Casas, de igual modo que otras familias de San Juan Chamula refirió haber sido desplazada de su comunidad por conflictos de religión. Su quehacer como partera se ha modificado en los últimos años, en esta circunstancia influyó la diabetes que padece desde hace tiempo, cuyas secuelas le impiden trasladarse como antes para visitar a las mujeres que atiende. Ante un cuestionamiento de mi parte respecto a su opinión después de integrarse a las capacitaciones realizadas por la SSA, su respuesta fue concreta y nos mantuvo a las dos en silencio por un momento: «Nos tratan como a la suela de sus zapatos»...

La declaración de Doña Eusebia ronda desde aquel momento mis pensamientos. Además de darme la oportunidad para reflexionar en relación con la transformación que ha tenido su labor, me llevó a intentar comprender el significado de lo que quiso decir y preguntarme cómo lograr reflejar las emociones por las que las parteras atraviesan en la realidad que se les ha impuesto.

La antropología señala la trascendencia de pensar las emociones a partir de las condiciones sociales de existencia. Como «vectores esenciales de la interacción» las emociones resultan ser «modos de afiliación a una comunidad social» (Le Breton, 2012). De manera que la

interpretación de Doña Eusebia sobre su relación con la SSA, me conduce a comprobar que, además de tener una implicación normativa, la lógica de las dinámicas y los dispositivos de regulación institucional en los que se encuentran inmersas las parteras les violentan colocándolas en un espacio de extrañamiento, que les lleva a explicar su situación desde el sufrimiento. Así las cosas, en donde la observación realizada, a través de herramientas teóricas, me remite a indicar un estado de excepción que trasgrede derechos en distintos grados, las parteras coinciden en señalar un entorno difícil, pero ellas hablan de dolor. Ambos conceptos convergen en la noción de abandono.

Con el propósito ejemplificar la exclusión de las parteras, a continuación cito algunos fragmentos donde éstas describen la cotidianeidad de su labor. A partir de lo referido por ellas es posible advertir una serie de limitaciones y obligaciones que se plasman de maneras diferentes, sin devenir en derechos, y que en tal sentido permiten reconocer la situación que enfrentan bajo la noción de homo sacer. Para ilustrar la nuda vida de las parteras ante una falta de seguridad social que les provea de bienestar, retomo además algunos testimonios de las enfermedades que padecen. Cierro este apartado indicando cómo el escenario de abandono se extiende a otros ámbitos donde las parteras tienen interacción.

Como ha sido señalado en otros apartados, las actividades de las parteras se extienden más allá de la atención ofrecida durante la revisión o el parto, al resolver problemas de distinta índole, donde se incluyen entre otras cosas trámites de las mujeres embarazadas o de los recién nacidos con la SSA. Sin embargo, la retribución de estos servicios y la respuesta adecuada a su función no son consideradas por la institución como un asunto de importancia. En tal situación puede señalarse que las parteras se encuentran relegadas de las directrices del proyecto de mejoras estructurales para dar solución a las problemáticas de salud materna en Chiapas, en realidad lo único que importa de ellas es obtener la utilidad de su trabajo, sin que ello devenga en un compromiso institucional que se refleje en el bienestar de las propias parteras.

Como parte de la interacción entre el personal jurisdiccional de la SSA y las parteras muchas veces escuché hablar de la palabra responsabilidad. De manera continua se indica a las parteras que ellas poseen un don ancestral para curar a las mujeres, que deben ser un pilar contra la muerte materna y la planificación familiar o bien que su labor implica

manejarse con respeto hacia el personal y convencer a las mujeres de asistir al médico. De forma contradictoria, en ninguno de los casos presenciados se indicó una responsabilidad o una relación de respeto en doble sentido.

Además de cumplir con una rutina diaria de visitas a domicilio subvencionadas económicamente por ellas mismas, y de recibir a la gente que necesita consulta en su hogar a cualquier hora del día o de la noche, las parteras deben lidiar con el personal institucional, que las convierte de forma violenta en el mendigo de su propia labor. Una labor que, lejos de incluir garantías sociales, redefine el margen de acción de las parteras con restricciones.

En tanto que intermediarias para extender el uso de métodos anticonceptivos, canalizar mujeres a la institución o resolver problemas de atención a bajo costo, las parteras se encuentran a merced de la decisión del personal en turno para autorizar sus acciones. Por ejemplo, para lograr una cita de radio imagen, laboratorio o consulta de especialistas, en beneficio de las mujeres embarazadas, las parteras deben esperar la aprobación de «personal calificado».

En una conversación con Doña Lucrecia, partera captada por la SSA, ésta recordó haber regresado en más de tres ocasiones a solicitar una cita de ultrasonido para una mujer que tenía un embarazo de alto riesgo:

La mujer estaba malita, como nos han dicho ahí en el centro, la licenciada, hay que llevar a que lo vean, fui a pedir ultrasonido... La enfermera de la entrada de primero me regañó, dijo que las parteras somos aprovechadas y queremos todo rápido, que tenía que esperar, me dijo que regresara a la semana, así hice... regresé y se enojó que no regresará tan pronto me dijo, me tuvo esperando ahí como tres horas y luego volvió y me dijo que no, la siguiente vez igual, yo tuve que ir a decirle a la mujer que mejor fuéramos a verlo (el ultrasonido) ahí en diagnosur, allá al centro, pero el esposo no tenía dinero y lo tuvo que prestar (pedir dinero a préstamo). Luego nos dicen que no vamos, pero no hay, y si pasa algo es porque la partera no sabe (...) Cada vuelta yo pagué mi pasaje, el esposo de la mujer a veces tiene trabajo, a veces no.

La situación descrita por Doña Lucrecia es similar cuando las parteras llevan a cabo trámites de registro de alumbramiento o realizan pruebas de tamiz neonatal solicitadas por la propia institución³⁸:

Después del parto, fue difícil, mucho tiempo tardó la mujer ... acabo cansada y luego no fue antes conmigo, sólo llegó. Ni modos que no la vea una, y ya después de eso llevó a lo del registró... no me querían dar acta de alumbramiento que porque faltaba una firma y porque no llegué a las juntas, les dije yo que una vez me enfermé otra tenía yo trabajo, pero no quiso, me dejó ahí esperando nada más, me castigó pues y a la mujer también... ¿cuál fue el delito?

Va uno a Jurisdicción a dejar lo de tamiz, del bebé que nació en la colonia. Dice la doctora «no lo recibo, no sirve»... que ahora debe ir en uno de esos sobres (sobre de papel manila)... digo yo siempre lo reciben como lo traigo (en una cajita de plástico) así lo enseñaron... A veces te dicen no porque falta eso del curp del papá o la mamá... y luego debo ir otra vuelta hasta la comunidad, a veces estoy cansada, no tengo para el gasto del pasaje, pero ellos no lo miran así, solo dicen que uno lo tiene que ver.

Además de ser utilizadas en gestiones administrativas concernientes a la institución, las parteras son aprovechadas en otras ocasiones como interpretes para resolver problemas de comunicación con pacientes. A lo anterior debe sumarse que la Jurisdicción las cita por lo menos una vez al mes a capacitación, más las reuniones administrativas en donde deben asistir con traje típico y disposición para hacer limpias o a mostrar sus conocimientos milenarios. Ninguna de estas actividades es retribuida económicamente.

En caso de no cubrir los requerimientos solicitados, las parteras son catalogadas como irresponsables, apáticas e ignorantes, descalificándoseles y ejerciéndose un castigo de tipo

³⁸ El tamiz neonatal es una prueba que se toma a los recién nacidos durante las primeras semanas de vida. El examen consiste en extraer algunas gotas de sangre del talón del bebé para que éstas sean analizadas en la búsqueda de enfermedades como por ejemplo alteraciones metabólicas. Algunas de las parteras fueron enseñadas por la misma institución a realizar la muestra y son encargadas de cumplir con esta revisión de rutina.

moral en su contra, sin pensar en el sentido de dignidad que en primer lugar debe otorgarse a su persona.

Al encontrarse a disposición de la autoridad institucional sin una regulación de actividades que defina alguna retribución económica y un sistema de protección adecuado, las parteras son objeto de explotación debido a que la SSA reclama para beneficio propio una productividad que no concede condiciones óptimas a la contraparte, en tal sentido hay una apropiación del trabajo de la partera. La Ley señala como trabajador a:

La persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado. Para los efectos de esta disposición, se entiende por trabajo toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio (Ley Federal del Trabajo, 2015: 3).

En el mismo sentido:

Se entiende por trabajo digno o decente aquél en el que se respeta plenamente la dignidad humana del trabajador; no existe discriminación por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, condiciones de salud, religión, condición migratoria, opiniones, preferencias sexuales o estado civil; se tiene acceso a la seguridad social y se percibe un salario remunerador; se recibe capacitación continua para el incremento de la productividad con beneficios compartidos, y se cuenta con condiciones óptimas de seguridad e higiene para prevenir riesgos de trabajo (Ley Federal del Trabajo, 2015: 1).

A pesar de que el «Tabulador Rama Médica, Para Médica y Grupo Afín del Catálogo de Puestos del Sistema Nacional de Salud, con el Código de **Puesto MO2120 de la Partera Tradicional indígena**», de la SSA propone otorgar a las parteras una retribución económica por sus actividades y servicios, así como seguridad social (SSA, 2013: 14-16; SSA, 2014: 29-30; SSA, S/F), en San Cristóbal de Las Casas el personal jurisdiccional justifica el incumplimiento de dicho lineamiento a partir de la calidad del trabajo de las propias parteras tradicionales, señalando que son consideradas como personal no calificado:

La institución únicamente puede apoyarlas con cierto material (la entrevistada se refiere a las parteras tradicionales) , pero nunca les va poder pagar porque dentro de la normatividad no existe tal disposición y no están reconocidas como personal profesional, ni institucional (...) A diferencia de las parteras tradicionales, las parteras profesionales si fueron contratadas porque la institución reconoce su perfil laboral (...) nuestras puertas están abiertas para colaborar con ellas (con las parteras tradicionales), pero sin pagar.

Además de violar la Ley Federal del Trabajo que reglamenta el artículo 123 de la Constitución Mexicana, el posicionamiento citado quebranta estipulaciones referentes a Contratación y Condiciones de Empleo del CONVENIO 169 DE LA OIT que establece la necesidad de «adoptar, en el marco de su legislación nacional y en cooperación con los pueblos interesados, medidas especiales para garantizar a los trabajadores pertenecientes a esos pueblos una protección eficaz en materia de contratación y condiciones de empleo, en la medida en que no estén protegidos eficazmente por la legislación aplicable a los trabajadores en general» (OIT, 1989: Artículo 20).

De la misma manera se debe «evitar cualquier discriminación entre los trabajadores pertenecientes a los pueblos interesados y los demás trabajadores, especialmente en lo relativo a: a) acceso al empleo, incluidos los empleos calificados y las medidas de promoción y de ascenso. b) remuneración igual por trabajo de igual valor» (OIT, 1989: Artículo 20).

Como agentes activos incorporados a la SSA, las parteras tradicionales cumplen con una función que contribuye a la atención de la sociedad. Aún con renuencia, el personal institucional reconoce abiertamente que «las parteras atienden a parte de la población que la SSA no podría cuidar por falta de infraestructura y personal», sin embargo las parteras no tienen derecho de disfrutar de las condiciones de las que goza el personal clínico o administrativo reconocido por la dependencia, a quienes en ocasiones «les preocupa más el cobro de prestaciones, salario y vacaciones que las mujeres que atienden, dejando de lado la ética profesional» de la que en ocasiones se acusa a las parteras de carecer. Desde mi perspectiva esta exclusión y vacío legal convierte a las parteras en homo sacer privándoles de beneficios que son reconocidos como derechos para otra parte de la institución.

Por otro lado debe recalcar el hecho de que las políticas impulsadas de manera reciente por la SSA, que consideran la incorporación de la partería certificada a la atención obstétrica desde una perspectiva de parto humanizado, no modifican la posición de desventaja que enfrentan las parteras tradicionales. Un ejemplo de ello es la reciente incorporación de parteras posmodernas y doulas al Hospital de la Mujer de la Ciudad, a quienes, a diferencia de las parteras tradicionales, sí se les permite el ingreso a las instalaciones y el acompañamiento de las mujeres en proceso de parto³⁹. Las parteras posmodernas y doulas aceptadas son en su mayoría jóvenes extranjeras o mexicanas, de clase media y alta con una profesión, interesadas en derechos reproductivos de las mujeres y en temas de sanación alternativa.

De entre las formas cotidianas en que las parteras se enfrentan al abandono, una de las más visibles se relaciona a las enfermedades que padecen. A pesar de que su labor implica el cuidado hacia otros (mujeres, bebés, miembros de la familia en general), con «el uso de sus mejores energías vitales (...) la inversión de sus bienes y recursos» (Lagarde, 2003: 2) cuando las parteras enferman no cuentan con ningún tipo de asistencia o apoyo formal que les ayude a solventar la dificultad por la que atraviesan, de manera que en la mayoría de los casos éstas recurren a la autoatención como recurso de curación o al apoyo que alguna persona pueda ofrecerles para sortear dificultades morales, emocionales y económicas.

Cabe señalar que el descuido en el que se encuentran las parteras es percibido por algunas de ellas como una circunstancia de sacrificio que deben vivir para demostrar su valor, o como parte del encargo de cuidar a otros. En pocos casos se atribuye una responsabilidad directa a la institución. Al recordar los problemas de salud que ha tenido a causa de la diabetes, Doña María, partera tradicional vinculada a la SSA, relata lo siguiente:

El problema que tuve fue por faltar a las capacitaciones, por la enfermedad (diabetes), comencé a sentirme mal y un hijo llevó al doctor, sólo que la

³⁹ En el contexto de la partería posmoderna, el concepto de doula define a una persona que sin ser partera se considera como capacitada para brindar apoyo físico y emocional a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto.

medicina estaba cara y no había dinero para comprar... bueno, tuve que aguantar la enfermedad, así nomás.

A consecuencia de las complicaciones de salud padecidas, Doña María perdió la vista y no fue posible atender a sus mujeres embarazadas por tres meses:

No podía ver ni a la persona, me dolía la cabeza, me acosté a llorar, estuve así como tres meses, me caí, no veía, ya ve que soy sola, como mi esposo murió, no hay quien me ayude ... ya luego me confié a dios, fui a subir a cerro, a rezar, le dije si te sirvo, si tengo encargo todavía devuélveme la vista.

Después de rezar, Doña María comenzó a tomar remedios herbolarios y poco a poco comenzó a caminar y a ver de nuevo. Ella piensa que dios le devolvió la vista porque tiene encargo de cuidar a las mujeres y el pastor de la iglesia evangélica a la que pertenece le confirmó dicho argumento. Al regresar a las capacitaciones, después de ausentarse por tres meses, fue regañada por la encargada institucional por no informar sobre su situación de salud para no ser dada de baja del censo de la SSA, ya que el darla nuevamente de alta le generaría más trabajo administrativo.

Del mismo modo que Doña María, Doña José, también partera tradicional captada por la SSA, sufrió por más de seis meses de fuertes dolores de cabeza, náuseas, hipertensión arterial y fiebre. A pesar de sus reiteradas peticiones para ser atendida por el personal de la SSA, la respuesta siempre fue la misma: «debe usted tramitar su seguro popular para que podamos atenderle».

Al no tener seguro popular, Doña José comenzó a tomar remedios domésticos para mejorar su estado de salud. Sin éxito, la enfermedad avanzó al grado de mantenerla en cama con dolores y fiebre por quince días. Finalmente la familia de Doña José pudo conseguir un préstamo para acudir a un servicio privado de la ciudad donde se le brindó el cuidado necesario para combatir una infección por salmonella. Durante este tiempo ningún integrante del personal institucional acudió a preguntar o se mostró interesado por la salud de la partera. Al recordar su convalecencia Doña José indica:

Ay... ya sentía yo que iba a morir, mi cabeza me apretaba, mi boca seca, sudaba y mucho mareo, ganas de vomitar (...) acaso vino el doctor o la doctora a preguntarme cómo estaba... nadie, nadie Fue mi hija a pedir que si me podían ver, una vez, y me tuvieron ahí sentada, ni me revisaron nada, yo dije ya no, ni podía caminar, mejor fui a hacer mi limpia, luego con el doctor ahí en Ejército Nacional, ya luego que mejoré ya entonces ya dijeron: «que bueno que sigas atendiendo a tu gente», pero ni una medicina... tuve que prestar (pedir dinero), mis hijos lo vieron.

Otro ejemplo que abona a la observación de las parteras como homo sacer es el cáncer colon padecido por Doña Rubí, enfermedad que la entrevistada explica como resultado de las problemáticas de interacción y de enfrentamientos entre las parteras tradicionales; y en la que, al igual que el resto de los fragmentos de testimonios presentados, no recibió ningún tipo de apoyo por parte de la institución:

Pienso que lo que pasó tiene que ver con las envidias y la mala voluntad que tienen algunas parteras, no te voy a decir que todas, pero aquí hay gente que no es buena... y yo por defender a las demás compañeras, al lugar de trabajo... eso me hizo daño, tanta mala voluntad (...) primero tenía yo mucho dolor, el abdomen inflado, a veces no podía hacer [evacuar] otras tenía demasiada diarrea, sangre, la boca seca, los ojos se hicieron pequeños, se me cayó cabello... yo primero pensé que tengo lombriz y me curé, pero así seguí hasta que mejor pensé voy al doctor... también me sentía cansada, ya cuando me dijeron que era tumor, cáncer... tuve que ver, no sabía yo que hacer, de suerte que encontré al Dr., él hizo favor de operar no me cobró... ya luego me operaron, me cortaron y me sacaron una gran bola (...) no me dieron nada aquí (en la SSA), no sirve que seas partera (...) todo ese tiempo no pude salir a trabajar, ni ver a las pacientes (...) al revés, ya que vine de regreso, y eso todavía me estaba curando y ya hasta me habían dado de baja por faltar, tuve que explicar todo lo que pasó y con trabajo me dejaron volver, luego otras compañeras se quejaron de que me habían dejado regresar.

Como parte de un derecho universal podría argumentarse que la protección social en cuanto a la salud de las parteras está cubierta al inscribirlas al régimen del seguro popular provisto por la institución para asegurar el cuidado de la ciudadanía en general. Sin embargo, debe considerarse que al no existir una forma legal específica para garantizarles el derecho a la salud por sus actividades de trabajo, las parteras quedan expuestas a la inequidad y a un ambiente desigual frente a otros prestadores de servicios de la SSA que sí gozan de tales beneficios. La falta de dicha garantía vulnera así la posibilidad de la aplicación de medidas de justicia social y una integración adecuada de las parteras. Durante la presente investigación fallecieron dos parteras tradicionales captadas por la SSA, Doña Ana María y Doña Tomasita, sin haber recibido ningún tipo de beneficio extra a cambio de su colaboración con la institución. En cada caso, los gastos concernientes a la enfermedad y el sepelio fueron cubiertos en su totalidad por los familiares.

El escenario de abandono aludido se extiende también a otros ámbitos de interacción social en donde de igual modo que en la institución, las parteras son valoradas a partir del capital cultural de saberes milenarios y del beneficio que pueda obtenerse de ellas, situación que comprueba no sólo la teoría sobre mecanismos de poder de Foucault, sino también la premisa agambeniana citada ya en párrafos anteriores: «toda sociedad decide cuáles son sus hombres sagrados» e incluso actúa como soberana para asegurar el funcionamiento de la maquinaria política (Agamben, 2006:177). Un aspecto sensible de dicha perspectiva se da en las relaciones que en algunas ocasiones llegan a establecerse entre las parteras tradicionales con partidos políticos que las utilizan para lograr votos en las colonias de donde estas son originarias, o donde habitan en la actualidad. Las parteras también sirven como promoción cultural a los candidatos a puesto en turno.

Por otro lado se encuentra la interacción con mujeres y hombres jóvenes, estudiantes de ciencias sociales, medicina o materias vinculadas a temas de salud. Al rememorar su experiencia al respecto Doña José señala:

Yo he tenido muchas alumnas, pero cuando se van ya no me llaman, ni me visitan, se olvidan de mí. Tuve una alumna que se llama Rosa, es de Estados Unidos, ella anduvo conmigo durante como un año, vivió en mi casa, le presenté a toda mi familia, hasta mi difunto esposo la conoció, yo le enseñé la

atención a partos, pero cuando se fue ya jamás llamó. Yo le marco pero nadie contesta nunca el teléfono.

Una vez vino... era una pareja, no eran de aquí, vino que porque me querían grabar cómo hacía yo lo de partera, para una película en su país... y sí, me puse mi yo mi traje, los llevé allá a la colonia para que vieran y me sacaron fotos, sacaron fotos a la familia donde estaba la embarazada y se fueron, nunca mandaron las fotos y solo una hoja de papel me dejaron en la puerta, ahí tirada, ni esperaron a que yo llegara, porque cuando vinieron no estaba. La hoja tenía una imagen, pero era papel de hoja, no foto y se mojó con la lluvia, ni sirvió, no pude verla... Luego yo pedí que les escribieran para ver si me daban fotos y cooperar para que yo pudiera comprar un pesabebés (báscula para bebés) porque cuando salgo a comunidad no muy puedo cargar la que tengo, por mi reuma. Ellos se enojaron, me dijeron que era un intercambio sin interés, que no debía cobrar, como que fuera yo interesada, y que no tenían dinero. Yo lo que pedí no era para mí... es como digo porque quiero dar mejor atención, y ellos lo vieron como atiende a las mujeres. Ya lo que hice fue que mejor cosí un costal como pesabebés.

El tipo de vínculos descritos se extiende también a las estudiantes de ciencias sociales y humanidades ocupadas en temas relacionados a partería tradicional, quienes en su mayoría hacen uso de fotografías y datos proporcionados por las parteras tradicionales sin darles una explicación al final de su proceso de trabajo, de las formas o el sentido que se ha dado a tal información.

Con relación al campo de la partería posmoderna, debe insistirse en el hecho de que también existen distinciones hacia la partería tradicional. Como parte de un discurso de justificación, la partería posmoderna retoma el concepto de tradición o de saberes milenarios para describir una imagen idealizada de partos humanizados que facilita el acercamiento entre la madre y el recién nacido, e incluso señala la integración a su práctica de dichos saberes. Sin embargo, en algunas situaciones del ámbito local el trato de las parteras posmodernas hacia las parteras tradicionales es discriminatorio y grosero. Prueba

de ello son los fragmentos de los testimonios de Doña Gabriela y Doña José, citados a continuación.

He trabajado mucho como partera y con ganas, voy a donde me invitan hasta en casas de partos, en casas y hogares comunitarios, me gusta convivir, una vez quise, quería también trabajar con parteras que les dicen profesionales, pero ellas me dijeron «tu no puedes trabajar aquí como partera porque no estás certificada, si quieres puedes ser doula»... yo la verdad me reí, me sentí mal, pero luego me reí porque hace mucho soy partera, quizá, no te voy a decir mentira, quizá no hago las cosas igual a ellas pues uno aprende acá como puede y ellas tienen escuela, pero de que sé atender eso sí lo sé.

Fui una vez a esa Luna Maya y nos dejaron ahí paradas en la puerta, las parteras estaban desayunando y ni un vaso de agua nos invitaron, nada, ya mejor dije vámonos creo que ni debimos venir... Luego las parteras de ahí me buscaron otra vuelta que porque querían que yo les enseñara a sobar para voltear el bebé porque atienden partos, pero no saben voltear bebé⁴⁰.

Finalmente, es necesario hacer referencia a las relaciones establecidas entre ONG'S y parteras tradicionales en San Cristóbal de Las Casas, donde al igual que en ámbito institucional existe un interés por el direccionamiento y el disciplinamiento de las actividades de las parteras en beneficio de la salud materna de la región y la implantación de regulaciones biopolíticas.

Las iniciativas impulsadas por algunas de las ONG'S de la ciudad se encuentran centradas en la restructuración de la atención de primer nivel a la salud materna. En este sentido, se propone la partería profesional como una vía de atención que puede coadyuvar a la mejora de servicios de salud pública en Chiapas. La función de las parteras tradicionales en este caso sería la canalización de embarazos de riesgo al espacio biomédico, de manera similar hasta lo ahora planteado por la SSA.

⁴⁰ Luna Maya es una casa de partos ubicada en San Cristóbal de Las Casas.

También hay propuestas para incidir en las prácticas de las parteras invitándolas a probar modelos de atención que incluyan la participación de dos o más parteras en un proceso de atención, la identificación de señales de riesgo, la ubicación de rutas de acceso a hospitales cercanos, el uso de herramientas de registro para tomar fotografías de las madres y los bebés atendidos, y la gestión de una licenciatura en partería y obstetricia en la Universidad Intercultural de Chiapas (UNICH).

Las responsabilidades de las parteras en relación a los espacios y las relaciones con ONG'S incluyen la asistencia a encuentros, capacitaciones y visitas a programas de radio. De no cumplir con las invitaciones sugeridas las parteras son reprimidas de manera sutil por los integrantes de las ONG'S, negándoseles invitaciones posteriores, material donado o el reconocimiento público de su labor.

En casos extremos los talleres de capacitación a parteras tradicionales por parte de algunos de los integrantes de asociaciones civiles y ONG'S han propiciado la irrupción en los hogares de las propias parteras para realizar la búsqueda de medicamentos como oxitocina, o bien han concluido con denuncias en la COFEPRIS.

La Doctora entró aquí y todo revolvió, mi maletín todo para ver que no tuviera yo nada, hasta me sentí como si fuera yo algo malo pues, nosotros conocemos de la ampolleta, sí, pero no la andamos usando así nomás.

En la ONG, donde estaba, había trabajadoras que yo capacité, las enfermeras... yo tengo trabajo en mi casa, atiando a la gente, y una enfermera decía «enséñame, trabajemos juntas» yo no le aceptaba... Entonces creo que por coraje... De ahí, cuando llegó la COFEPRIS, lo vieras cómo empezó a trajinar todo, hasta el rincón, hasta mi maceta lo arrancó, pensaban que yo estaba haciendo algo, yo dije soy partera, hasta me sellaron mi cuartito, no podía ni trabajar (...) Encontraron mi maqueta con métodos anticonceptivos caducados y me dicen que no puedo tener caducados, le digo: «no, pero esto sirve para enseñar a las mujeres, no se los doy».

Siguiendo aspectos de jerarquía y normalización biomédica, en otras ocasiones se ha prohibido a las parteras utilizar filipinas para su trabajo debido a que, a juicio de algunas integrantes de ONG'S, lo que debe identificar a la partera tradicional es «su delantal, [porque] así es como ellas se sienten cómodas para servir y trabajar».

Deben mencionarse además aquellas iniciativas que buscan organizar a las parteras bajo la consigna de fortalecer y dignificar su práctica frente a las instituciones de salud pública. En este caso el objetivo de las ONG'S interesadas se relaciona al posicionamiento que el capital político de las parteras tradicionales puede darles a las propias ONG'S frente a la configuración de políticas públicas relacionadas a mejoras de atención y salud materna. Es decir, a la obtención de poder para incidir en el desarrollo de regulaciones biopolíticas y la captación de recursos económicos. Aquí también se adjudica una iniciativa externa para introducir nuevos vínculos de trabajo «en beneficio de las parteras y su comunidad».

En fin, a partir de los planteamientos realizados por Agamben al concepto de biopolítica, en el presente capítulo mostré algunas otras circunstancias que colocan a las parteras tradicionales captadas por la SSA en un estado abandono sujetas a violencia institucional, exclusión, racismo y explotación. El objeto de la reflexión buscó comprobar cómo, más allá del proceso medicalizador, las dinámicas de interculturalidad y la disciplina normativa impuesta por la institución, al carecer de una política clara respecto a las parteras, producen espacios de excepción y vulnerabilidad que les colocan en un contexto desigual, limitando así la posibilidad de una integración apropiada. Por otra parte, se indicó la extensión de relaciones de inequidad y situaciones desiguales en otros espacios de interacción relacionados con las parteras tradicionales, en donde también existe una trasgresión a sus derechos en distinto grado.

CONSIDERACIONES FINALES

El objetivo central de esta investigación fue ofrecer a sus lectores una perspectiva relacionada a la labor de las parteras tradicionales, de la zona urbana y comunidades rurales cercanas, captadas por la SSA en San Cristóbal de Las Casas. A partir de la inmersión al terreno etnográfico y la obtención de datos empíricos fue posible la identificación de rasgos comunes que me permitieron centrar el análisis en la observación de las relaciones de poder y la construcción de saberes organizados en el contexto citado.

Tomando como marco de referencia la teoría foucaultiana, el trabajo se desarrolló en dos niveles. El primero de ellos correspondió a la esfera de la regulación biopolítica, el segundo apuntó hacia los resultados de las llamadas tecnologías anatomopolíticas. Los temas propuestos para la reflexión como elementos de unión entre teoría y datos se ubicaron siguiendo un hilo conductor que inició examinando la expansión del proceso medicalizador en Los Altos; pasando por las disposiciones de interculturalidad promovidas por la institución; para referir al final los elementos causales de la exclusión en la que se ven involucradas las parteras tradicionales como resultado de una falta de regulación de su labor que las considere en primer plano y que les permita participar en propuestas de salud que les beneficien en conjunto con el resto de la población.

El análisis de la biomedicina desde su funcionamiento político facilitó la comprensión de algunas de las atribuciones concedidas a dicha ciencia como elemento regulador de la sociedad. En cuanto al proceso estudiado, las dinámicas de medicalización en Los Altos descubrieron estrategias de acción heterogéneas realizadas por diferentes actores con distintos intereses, dando como resultado una expansión biomédica generalizada que se verifica actualmente en distintos ámbitos.

En el caso de la diversidad de parterías practicadas en la región puede destacarse, por ejemplo, una mezcla de actos justificados desde el ámbito científico de la biomedicina que coexisten de manera paralela con un pensamiento ligado a elementos identificados como remanentes de la cosmovisión maya, sin ser necesariamente un conocimiento homogéneo que defina por sí sólo una noción de partería tradicional.

A pesar de ello, debe subrayarse que en el proceso medicalizador estudiado, y sobre todo en la relación establecida entre parteras e institución, los conocimientos de las primeras son significados desde una perspectiva desigual que argumenta la existencia de una cultura superior para atender a la salud, lo que en el caso del grupo estudiado ha suscitado una intervención para dirigir la modificación de diferentes prácticas. Tales direccionamientos se han ejecutado en forma de regulaciones biopolíticas, fundamentadas en el argumento de lograr mejores resultados respecto a la labor de las parteras en los procesos de atención. La identificación de las parteras como medio para alcanzar objetivos de salud ha producido una transferencia de responsabilidades sociales del cuidado de la mujer, con exigencias que muchas veces rebasan las posibilidades de acción de las mismas parteras.

En el mismo sentido, la influencia de las regulaciones impuestas se refleja a través del prisma de la anatomopolítica con la exigencia de productividad en los cuerpos de las parteras y la aceptación sutil de una verdad médica que les ha llevado a considerar valores de eficiencia en una forma de orden social donde ellas mismas posicionan su conocimiento en un nivel subsidiario frente al prestigio biomédico, comprobando así una imposición en términos positivos.

Por otra parte, debe destacarse que la incorporación de elementos biomédicos en relación con el tema estudiado no ha logrado combatir la disparidad, las inequidades y las limitaciones socioeconómicas aún existentes, cuyo alcance puede estudiarse desde el análisis de los altos niveles de mortalidad materna e infantil, la falta de infraestructura sanitaria, o los casos de violencia obstétrica derivados de distintos modelos de atención, tanto de la biomedicina, como de la partería.

En relación a la perspectiva intercultural impulsada por la institución, la presente tesis indicó su examen como parte de un dispositivo de poder donde hay una persistencia de elementos de sentido instrumental estratégico y un contenido ideológico que exalta lo folklórico, negando la diversidad de saberes que atañen a las parteras. La permanencia de la idealización cultural que, bajo el pretexto del rescate y el respeto a la identidad, oculta aspectos de desigualdad y conflictos, tiene como resultado que en los espacios de interculturalidad las parteras tradicionales no sean tomadas en cuenta como agentes serios.

Con conocimientos loables para contribuir a mejoras respecto a la salud de la población, sino como personajes reducidos a los que se debe tolerar y reeducar, y con los que en determinadas ocasiones es conveniente interactuar a fin de alcanzar metas de salud poblacional.

El análisis de intercultural descubre además una relación mediada por el disciplinamiento, en donde las parteras reconocen racismo, discriminación y malos tratos, aunque de manera paradójica, son ellas las que se ajustan y reproducen dicha normatividad. Al mismo tiempo que aprovechan el capital cultural que les es autorizado de forma exterior para continuar ganando espacios que les otorguen reconocimiento oficial y una legitimación en el modelo biomédico. De esta manera se comprueba, junto con la naturalización del conocimiento, la reproducción de un control establecido «en una multiplicidad relaciones de fuerza unidas al dominio en que éste se ejerce, y que son constitutivas de su organización» (Foucault, 1998:55)

Si bien, el proceso medicalizador y el dispositivo intercultural señalados hasta aquí sitúan a las parteras en una posición de desventaja, es importante indicar que, aunque con cierta influencia, ninguno de estos elementos es el fundamento principal de la exclusión que el grupo estudiado enfrenta. En mi opinión, la principal razón de dicha circunstancia se encuentra en el vacío legal que une la práctica de las parteras a la institución y en la falta de una política clara respecto a éstas más allá de su utilización para la disminución de la mortalidad materna. Dichos elementos generan una falta de condiciones para el ejercicio de su labor. Y en conjunto con el proceso medicalizador y el dispositivo intercultural sitúan a las parteras en una posición marginal. Al respecto es posible indicar que las regulaciones señaladas como necesarias forman parte de la administración biopolítica hasta aquí estudiada, en tal caso habría que profundizar en la relación ontológica que plantea la vida como un hecho político y repensar la integración de las parteras de forma más equitativa tratando de modificar las circunstancias descritas a lo largo de la investigación.

Sobre la base de los argumentos que atraviesan las reflexiones de cada capítulo, a modo de conclusión general destaco que las estrategias empleadas hasta hoy para integrar a las parteras tradicionales al ámbito biomédico deben ser reconfiguradas de manera urgente

tomando en cuenta su quehacer actual para otorgarles el reconocimiento y la representatividad que hasta el momento ha quedado pendiente. Sin duda, más allá de la idealización cultural, tal reorganización debe comenzar por dignificarles con un ordenamiento que haga efectivos sus derechos. Dichas modificaciones contribuirían en su conjunto a un proyecto viable de salud materna para la región.

En el mismo sentido debe destacarse que la situación por la que atraviesan las parteras en la institución no es más que el reflejo del ejercicio cotidiano de la sociedad. En donde las formas de ordenamiento actual continúan situando a las parteras tradicionales en la esfera de lo exótico, de los saberes milenarios idealizados, como el capital cultural que se puede manipular o del que se puede disponer en distintos sentidos.

Por último, cabe señalar que si bien el acercamiento analítico de este trabajo se ha dado a partir del poder, es necesario reconocer que la realidad observada coexiste con una heterogeneidad de relaciones, circunstancias y espacios multidimensionales que dan a las parteras una posibilidad de autonomía para romper las determinaciones que constituyen la sujeción descrita hasta aquí, y que también debe explorarse a fin de lograr una mayor comprensión sobre el tema.

ANEXO FOTOGRÁFICO



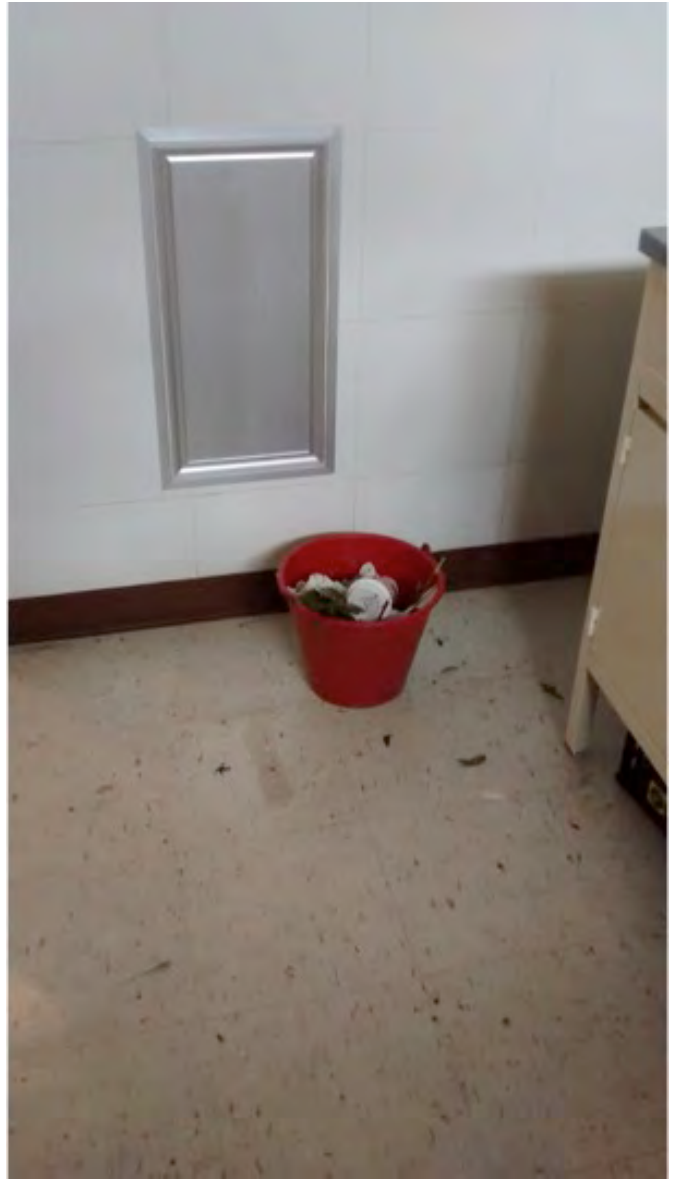
Imagen 9. Atención de parto



Imagen10. Lugar de atención de partera



Imagen 11. Encuentro de capacitación a parteras SSA



Imágenes 12 y 13. Clínica de medicina tradicional



Imagen 14. Encuentro de parteras SSA



Imagen 15. Despensa otorgada a parteras por la SSA

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, Giorgio (2006) HOMO SACER. El poder soberano y la nuda vida I. España: PRE-TEXTOS
- Aguirre Beltrán (1994) Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México. México, UV-INI-Gobierno del Estado de Veracruz, FC
- Aguirre Beltrán (1994). Programas de salud en la situación intercultural. México, FCE.
- Araya Morales, María J. (2008) Los Conocimientos de las parteras indígenas frente a las políticas de integración/apropiación neoliberales. Tesis de maestría. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Argüello-Avenidaño, Hilda; Mateo González, Ana. (2014). Parteras tradicionales y Parto medicalizado, ¿un conflicto del Pasado? evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XII, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 13-29.
- Asociación Mexicana de Partería (2017) ¿Qué es una partera?. Recuperado de: <http://www.asociacionmexicanadeparteria.org/parteras/#partera-que-es-una-partera>
- Asociación Mexicana de Partería (2017) Valores y Ética. Recuperado de: <http://www.asociacionmexicanadeparteria.org/parteras/#valores-y-etica>
- BAEZ (s/f) Participación de las mujeres en el Gobierno Autónomo. Cuaderno de texto del primer grado del curso de "La libertad según l@s zapatistas", s/l, s/e, p.55.
- Balderas, Oscar (27 de septiembre de 2016) La pobreza que mata: el suicidio de una madre mexicana que se llevó a sus hijos. *ViceNews*. Recuperado de: <https://news.vice.com/es/article/pobreza-mata-suicidio-madre-mexicana-llevo-hijos>
- Bartra, Roger. (1987) La jaula de la melancolía. México: Grijalbo.
- Bodin, Jean (1997) Los seis libros de la República. España: Tecnos
- Braudel, Fernad (1970) La Historia y las Ciencias Sociales. España: Ediciones Castilla.
- Bravo, Hiram (1990) Las parteras rurales en México: investigación operativa sobre los niveles de participación de las parteras rurales en programas de atención materno infantil y planificación familiar. México. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica.
- Butler, Judith (2006) Vida precaria. El poder del duelo y la violencia. Buenos Aires: Paidós.
- Castañeda, Aida M., y Lerín Sergio (1999) Capacitación a parteras tradicionales. ¿Articulación o desfase con el sistema institucional de salud? En Tuñón Pablos (coord.) Género y Salud en el Sureste de México Volumen 2. Chiapas, México: El Colegio de la Frontera Sur, Consejo Estatal de Población de Chiapas, Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas.
- Castañeda Núñez (1988) Síntesis histórica de la partera en el valle de México. En: Revista de enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social, México (Vol.1, Núm. 1)
- CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN (1º de abril de 1970). Ley Federal del Trabajo. Última reforma publicada DOF 12-06-2015
- CDI(2012) Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 1948 - 2012. México, CDI.
- CEIEG (s/f) Informe regional. Región V Altos Tsotsil-Tseltal. Disponible en:

www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wpcontent/uploads/Secciones/InfoPorNivel/InfoRegional/Contexto/REGION_V_ALTOS_TSOTSIL_TSELTAL_post.pdf
[Consultado:10/05/ 2015]

- Cosminsky, Sheila (1977) El papel de la comadrona en Mesoamérica. En: América Indígena XXXVII, num. 2. México. Instituto Indigenista Interamericano.
- Cosminsky, Sheila (1976). Cross-cultural perspectives on midwifery. In E. X Grollig , S.J Harold, & B Haley (Eds.), Medical Anthropology p-229-249. The Hague: Mouton.
- Cruz Rodríguez, Edwin. (2014). Multiculturalismo, interculturalismo y autonomía. Estudios sociales (Hermosillo, Son.), 22(43), 241-269.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572014000100010&lng=es&tlng=es [consulta 7 de agosto de 2016]
- Davis Floyd Robbie (2007) Daughter of time: the postmodern midwife. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v41n4/22.pdf>
- Díaz, Diego (2006) Algunas reflexiones en torno al concepto de cultura. Departamento de Antropología, Filosofía y Letras UBA. Recuperado de carlosreynoso.com.ar/archivos/sobre-la-cultura.pdf
- Díaz, D. (coord.), 2006. Muerte materna y presupuesto público. México, FUNDAR.
- DGPLADES (2015) Medicina tradicional y desarrollo intercultural. Disponible en:
<http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Productos/MedicinaTradicional.html>
[Consultado:4/05/ 2015]
- Dussel, Enrique, (2004). Transmodernidad e Interculturalidad (Interpretación desde la Filosofía de la Liberación). Universidad Autónoma de México. Ciudad de México
<http://enriquedussel.com/txt/TRANSMODERNIDAD%20e%20interculturalidad.pdf>
[consulta: 14 de agosto de 2016.
- El Kotni, Mounia (2016) Porque Tienen Mucho Derecho. Parteras, Capacitaciones and the Vernacularization of Human Rights in Chiapas. Tesis de Doctorado. Albany: Universidad del Estado de Nueva York en Albany.
- Eloesser, Leo. (1954). Guía de enseñanza para el embarazo, el parto y el recién nacido. México, Instituto Nacional Indigenista Americano.
- Fábregas Puig, Andrés (2015), Marcos institucionales de la antropología en Chiapas a finales del segundo milenio. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, UNICACH-CESMECA.
- Freyermuth, Graciela (1993). Médicos tradicionales y médicos alópatas: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas. México, CIESAS-Gobierno del Estado de Chiapas.
- Freyermuth, G., y Manca, M. C. (2000). Luna golpeada: morir durante la maternidad. Investigaciones, acciones y atención médica en Chiapas, y otras experiencias en torno a la mortalidad materna. Chiapas: ACAS/CIESAS.
- Freyermuth, G., y Muñoz, M. (2000). Parteras tradicionales en el estado de Chiapas, usos y costumbres: Apuntes sobre Medicina tradicional en México. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, (57), 20-25
- Foucault Michel (1977) El Juego de Michel Foucault. Recuperado de <http://www.forofarp.org/images/pdf/Dialogo%20con%20otros%20discursos/MichelFoucault/ElJuegoDeMichelFoucault.pdf>
- Foucault Michel (2001a) El nacimiento de la clínica. México, Siglo XXI Editores
- Foucault Michel (2001b) Defender la Sociedad. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Foucault Michel (1996) La vida de los hombres infames. Argentina, Editorial Altamira

- Foucault, M. (2005). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. México: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad I. La Voluntad de Saber*. México: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M (1992) *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Foucault, M (1999) *Estética, ética y hermenéutica*. Traducción y edición Ángel Gabilondo. España: Paidós.
- Foucault, M (1994) *Hermenéutica del sujeto*. Colección dirigida por Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio y población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gallástegui, Beatriz (1993) "Capacitación e incorporación de parteras tradicionales al sistema de salud pública de México (El caso del IMSS en una subdelegación del Estado de México)". En: *Investigaciones sociodemográficas en algunas regiones de México*. México, AMEP.
- Galende, Federico (2009) *Walter Benjamín y la destrucción*. Santiago de Chile: Materiales Pesados.
- Giménez, Gilberto (2005) *La cultura como identidad y la identidad como cultura*. Consejo Nacional de la Cultura y las Artes: México. Recuperado de perio.unlp.edu.ar/teorias2/textos/articulos/gimenez.pdf
- Gobierno de la República (7 de mayo del 2010) *Inauguración del Hospital de Las Culturas en San Cristóbal de Las Casas Chiapas* [archivo de vídeo]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=VkdJDticfaM>
- González Navarro, Moisés, *Las ideas raciales de los científicos 1890-1910*. *Historia Mexicana* vol. 37, no.4 (Apr-Jun, 1988).
- Grandes Maestros. UNAM (19 de agosto del 2016) *Mito y oralidad en la tradición mesoamericana(Primera Sesión) Alfredo López Austin* [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=wmR_AEmTxzo
- Güémez Pineda, Miguel (1991) *Las parteras empíricas: agentes tradicionales en la atención materno infantil*. Mérida, Universidad Autónoma de Yucatán.
- Güémez Pineda, Miguel (1997) "De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: El proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud" . En: *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*, Esteban Krotz, coordinador. Mérida, Universidad Autónoma de Yucatán.
- Guiteras Holmes, Calixta (1944) *Cancuc: etnografía de un pueblo tzeltal de los altos de Chiapas*. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Gobierno del Estado, Instituto Chiapaneco de Cultura.
- Guiteras Holmes, Calixta (1961) *La magia en la crisis del embarazo y parto en los actuales grupos mayances de Chiapas*. *Estudios de cultura maya* Vol. 1, 159-166.
- Guiteras Holmes, Calixta (1986) *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*. México, FCE.
- Guiteras Holmes, Calixta (2011) *Diario de Chanal, 1959*, (Esponda Jimeno, V. trad.) San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, Secretaría de Pueblos y Culturas Indígenas, Centro Estatal de Lenguas, Arte y Literatura Indígenas.
- Guiteras Holmes, Calixta (1961) *La magia en la crisis del embarazo y parto en los actuales grupos mayances de Chiapas*. *Estudios de cultura maya* Vol. 1, 159-166.

- Hale, Charles (2005) "Neoliberal Multiculturalism: The Remaking of Cultural Rights and Racial Dominance in Central America". *Political and Legal Anthropology Review*, vol 28 n.1 p 10-28
- Holland, William (1963) *Medicina Maya en los Altos de Chiapas. Un estudio del cambio sociocultural*. México, INI.
- INEGI (2015) Encuesta intercensal. Disponible en:
<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/poblacion/>[Consultado: 12/05/2016]
- ISECH (2014) Manual de organización. Disponible en:
http://salud.chiapas.gob.mx/doc/manual_organizacion_salud_2014.pdf[Consultado: 7/05/2016]
- Jordan, Brigitte (1978). *Birth in four cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montreal, Eden Press Women's Publications.
- Kelly, Isabel. (1956) . "An Anthropological Approach to Midwifery Training in Mexico." *Journal of Tropical Pediatrics* 1, p. 200-205.
- Lagarde, Marcela (2003) *Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción*. 10 de marzo de 2017. Recuperado de:
http://pmayobre.webs.uvigo.es/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf
- Le Breton David (Año 4, Diciembre de 2012) Por una antropología de las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. Recuperado: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/viewFile/208/145>
- León, Nicolás, (1910). *La obstetricia en México. Notas bibliográficas, técnicas, históricas, documentarias y críticas de los orígenes históricos hasta el año de 1910*. México, Tipografía de la viuda de Francisco Díaz de León.
- Lewellen, Ted C (2009) *Introducción a la antropología política* [Traducción Francisco Javier Tablero Vallas]. España: Bellaterra.
- Malthus, Thomas (1998), *Ensayo sobre el principio de la población*, México, Fondo de Cultura Económica [traducción de la última edición del ensayo].
- Mauss, Marcel (1979) *Sociología y Antropología*. España, Editorial Tecnos.
- Mc Clain, C (1975) *Ethno-obstetrics in Ajijic*. *Anthropological Quarterly* 48 p.38-56.
- Mellado et. al (1989) *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. México, CIESS.
- Mendiola, Gonzalo I (2009) *La Bio (tanato) política moderna y la producción de disponibilidad* En Mendiola Gonzalo I. (Ed) *Rastros y Rostros de la Biopolítica*. España: ANTHROPOS.
- Menéndez, Eduardo (2016) *Interculturalidad y salud. Dudas limitaciones y repliegues*. En Gil García y P. MARÍN (Coords.), *Medicinas y cuerpos en América Latina. Debates Antropológicos desde la salud y la interculturalidad*. Quito, Editorial Abya-Yala.
- Menéndez, Eduardo (1992) *La antropología Médica en México*. México, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Nietzsche, Friedrich (2001) *Humano, demasiado humano. Un libro para espíritus libres. Volumen I* [Traducción Alfredo Brotons Muñoz] Madrid: Ediciones AKAL.

- Organización Internacional del Trabajo (27 de junio de 1989) Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre pueblos indígenas y tribales
- OMIECH (1989) La partera. Boletín 4- Noviembre. San Cristóbal de Las Casas, s/e.
- OMS-UNICEF, (1978) Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria a la Salud. Disponible en:
http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deA_LMA_ATA.pdf [Consultado: 20/05/2016]
- Page, Jaime, (2002) Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas, 1857-1995. San Cristóbal de Las Casas, UNACH - IEI - UNAM.
- Page, Jaime (2005) El mandato de los dioses. Medicina entre los Tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas. México: Programa de Investigaciones Multidisciplinarias Sobre Mesoamérica y el Sureste – UNAM.
- Pozas, Arciniega, Ricardo (1977), Chamula: un pueblo indio en Los Altos de Chiapas, V I. México, Instituto Nacional Indigenista.
- Pérez Ruiz, Maya Lorena (2002), “De las relaciones interétnicas a la interculturalidad”. En Béjar, Raúl y Héctor Rosales (coords.), La identidad nacional mexicana como problema político y cultural. Los desafíos de la pluralidad. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez , Georgina, Velasco Santos, Moreno G. Y Pérez López (2014) Parteras en Chiapas... Un mar de conocimientos. México: Colegio de la Frontera Sur.
- Sánchez, Georgina (2016) Espacios para parir diferente. Un acercamiento a casas de parto en México. México: Colegio de la Frontera Sur.
- Sesia, Paola, Freyermuth, Graciela, Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. Desacatos.
- Sieglin, Veronika. Modernización Rural y devastación de la cultura tradicional campesina. México: Plaza y Valdés/ Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Solís, Leopoldo (1975) Planes de desarrollo económico y social en México. México, SEP.
- SSA (sf) Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional, México, SSA.
- SSA (1994) Proyecto de Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias, Tercera edición, México, SSA.
- SSA. (2014). Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México. Secretaría de Salud.
- SSA. (S/F). Guía de implantación implementación. Lineamientos interculturales para la operación de servicios en salud. México. Secretaría de Salud.
- SSA. (2013). Guía de implantación. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional. México. Secretaría de Salud.
- SSA. (2014). Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México. Secretaría de Salud.
- SSA. (S/F). Guía de implantación implementación. Lineamientos interculturales para la operación de servicios en salud. México. Secretaría de Salud.
- SSA. (2013). Guía de implantación. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional. México. Secretaría de Salud.
- Taylor, B. Edward (1981) Cultura primitiva. Traducción de Marcial Suarez. Madrid. Editorial Ayuso
- Tiqqun (s/f) Llamamiento. Recuperado de: <http://tiqqunim.blogspot.mx/>

- Tiqqun 1 (s/f) Hombres – máquina: instrucciones de uso. Recuperado de: <http://tiqqunim.blogspot.mx/2013/03/hombres-maquina-modo-de-empleo.html>
- Tubino, Fidel. (2001). Interculturalizado el multiculturalismo. Interculturael. Balance y perspectivas Encuentro internacional sobre interculturalidad. Fundación CIBOD. Barcelona <file:///Users/Gabriel/Downloads/08_tubino_cast%20(1).pdf [consulta: 6 de agosto de 2016]
- Tubino, Fidel (2004). Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico. Samaniego Mario y Garbarini, C (comps.), Rostros y fronteras de la identidad, Temuco: Universidad Católica de Temuco. http://red.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/biblioteca/inter_funcional.pdf [consulta: agosto 7 de 2016]
- Tubino, Fidel. (2005). La praxis de la interculturalidad en los Estados Nacionales Latinoamericanos. Cuadernos Interculturales, vol. 3, núm. 5, julio-diciembre, 2005 Universidad de Playa Ancha Viña del Mar, Chile
- Urías Horcasitas, Beatriz, Fisiología y moral en los estudios sobre las razas mexicanas. Continuidades y rupturas (siglos XIX y XX). Revista de Indias, 2005, vol. LXV, núm. 234 p. 355-374.
- Vargas Escamilla, B. (2016) Construcción sociocultural de la muerte materna en la región de la cuenca del lago de pátzcuaro, Michoacán: Experiencia, trayectoria de atención-desatención y estructura familiar. Tesis de grado Maestría en Ciencias Sociomédicas, campo disciplinario de Antropología en Salud, Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, UNAM.
- Villoro, Luis. (1998). Estado plural, pluralidad de culturas. México, Paidós-Facultad de Filosofía y Letras UNAM
- Voloshinov, Valentin N. (2009). El marxismo y la filosofía del lenguaje, traducción de Tatiana Bubnova. Madrid: Alianza Editorial, 1992.
- Wallerstein, Immanuel (1990) Culture as the ideological battle ground of the modern world-system. En Featherstone M. (ed.) Global culture: nationalism, globalization and modernity. London, Sage publications. Recuperado de <https://contentstore.cla.co.uk/secure/link?id=>
- Walsh C. (2009). Interculturalidad, Estado, sociedad: luchas (de) coloniales de nuestra época. Quito: Abya Yala
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y pluralismo jurídico. Seminario Pluralismo Jurídico, Procuradora del Estado/Ministerio de Justicia, Brasilia http://www.mpf.mp.br/atuacaotematica/ccr6/institucional/eventos/docs_eventos/inter-culturalidad-critica-y-pluralismo-juridico [consulta: 10 de agosto de 2016]
- Welsch, Wolfgang (2011) ¿Qué es la transculturalidad? en Friedhelm Schmidt-Welle (Coord.) Multiculturalismo, transculturación, heterogeneidad, poscolonialismo. Hacia una crítica de la interculturalidad. México, Editorial Herder.

Fuentes primarias

Archivo histórico del Centro Coordinador Indigenista Tseltal-Tsotsil
 Archivo Histórico de la Secretaría de Pueblos Indios

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AC Asociación Civil

AMP Asociación Mexicana de Partería

CCTT Centro Coordinador Indigenista Tseltal-Tsotsil

CGS Consejo de Salubridad General

CIESS Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

CIMSUR Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur

COPLAMAR Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados

CPMS-CH Comité Promotor por una Maternidad Segura en Chiapas

EZLN Ejército Zapatista de Liberación Nacional

FMI Fondo Monetario Internacional

III Instituto Indigenista Interamericano

IMEPLAN Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

INI Instituto Nacional Indigenista

IPN Instituto Politécnico Nacional

OMIECH Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organización No Gubernamental

OPS Organización Panamericana de la Salud

PROIMMSE Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste

SEPI Secretaría de Pueblos Indios

SSA Secretaría de Salud

UNAM Universidad Nacional Autónoma de México

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

URSS Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas

ÍNDICE DE CUADROS Y MAPAS

CUADRO I: PARTERAS CAPTADAS POR LA SSA/ CENTRO DE SALUD LOS PINOS.	24
<i>CUADRO II: TIPOLOGÍA DE PARTERAS</i>	31
CUADRO III: PUBLICACIONES DE INTERCULTURALIDAD EN SALUD (SSA)	65
CUADRO IV: CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN 2015-2016	72
MAPA I: ORGANIZACIÓN JURISDICCIONAL	52