



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

Facultad de Filosofía y Letras
Colegio de Pedagogía

Pedagogía de los conocimientos tradicionales en torno
al parto en la Sierra Juárez, Oaxaca: una mirada desde la
interculturalidad y el feminismo

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
Licenciada en Pedagogía

PRESENTA:

Alejandra Alquicira Marcial

ASESOR

Dr. Carlo Rosa



Ciudad Universitaria, CDMX, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

En las siguientes líneas quiero agradecer a todas las personas que de alguna manera intervinieron en mi proceso de producción de esta tesis, quienes me brindaron palabras de aliento o que me han acompañado en este camino.

Primero que nada, quiero agradecer a mi madre, Adela Marcial Avila, por guiarme desde su feminismo a pie a ser una mujer rebelde que lucha por sus ideales. Quien siempre ha sido y será mi modelo a seguir; por escucharme y abrazarme con el alma, por cuidarme, y porque sin todo su esfuerzo yo no podría estar escribiendo este trabajo. Gracias por enseñarme que los sueños se cumplen cuando trabajas en ellos. Esta tesis te la dedico principalmente a ti, porque tú mejor que nadie sabes todo lo que hay detrás este trabajo, te amo.

Quiero agradecer a toda la familia Marcial que habita en Oaxaca, por toda la hospitalidad y cariño que siempre nos han brindado. En especial a mis tías Hilda y Esther, mujeres que resisten desde sus trincheras en Oaxaca. Quienes me apoyaron de manera incondicional en este proyecto.

Muchas gracias por su tiempo a las parteras de la Sierra Juárez, mujeres llenas de sabiduría, quienes generosamente me compartieron algunos de sus saberes y experiencias.

También me gustaría agradecerle a mi asesor, el Doctor Carlo Rosa, por su profesionalismo y por siempre leerme a detalle y orientarme, pero sobre todo por brindarme siempre un espacio de escucha y diálogo.

La escritura que aquí presento ha significado para mí valentía, ya que mi intención es poner un granito de arena en esta gran lucha de las mujeres por la autonomía de nuestras cuerpos, lucha inspirada en mis abuelas Paulina Palma Gonzales y Sara Avila Magaña.

Por último, me gustaría dedicar mi tesis a todas las parteras tradicionales que siguen luchando y defendiendo los derechos de las mujeres.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. EDUCACIÓN INTERCULTURAL, FEMINISMO Y APRENDIZAJES DE PARTERÍA.....	6
1.1 Interculturalidad e interculturalismo crítico.....	7
1.2 Pluralidad epistémica y diálogo de saberes en la educación intercultural	11
1.3 Salud intercultural.....	15
1.4 Feminismos latinoamericanos y decoloniales.....	19
1.5 Pedagogías feministas. Violencia obstétrica y violencia epistémica	24
1.6 Saberes tradicionales y violencia epistémica.....	29
1.7 Medicina y partería tradicional	34
1.8 Aprendizajes de la partería tradicional	39
CAPITULO 2. METODOLOGÍA.....	43
2.1 Enfoque cualitativo	44
2.2 Diseño etnográfico	45
2.3 La entrevista.....	51
2.3.1 Análisis de las entrevistas	54
2.4 Trabajo de campo.....	56
CAPÍTULO 3. CONDICIONES CONTEXTUALES DE LAS PARTERAS DE LA SIERRA JUÁREZ, OAXACA.....	58
3.1 Territorio.....	58
3.2 Población oaxaqueña	59
3.3 Contexto sociohistórico	62
3.4 Arraigo en la cultura zapoteca	67
3.5 Cosmovisión y medicina tradicional: el equilibrio y la reciprocidad	69
3.6 Salud intercultural.....	73
CAPÍTULO 4. PROCESOS DE APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTOS DE LAS PARTERAS DE LA SIERRA JUÁREZ.....	79
4.1 Descripción de los momentos pedagógicamente más relevantes de los procesos formativos de las parteras	79
4.1.1 Partera 1E.....	79
4.1.2 Partera 2L.....	82
4.1.3 Partera 5MC	85

4.1.4 Partera 3C.....	86
4.1.5 Partera 4I.....	89
4.1.6 Sobadora 6E.....	92
4.2 Interpretación epistémico-pedagógica de las entrevistas.....	95
4.2.1 El don.....	95
4.2.2 Relaciones familiares y comunitarias.....	98
4.2.3 Conocimiento holístico.....	101
4.3 Métodos de aprendizaje de la partería.....	108
CAPÍTULO 5. ALGUNAS POSIBLES CAUSAS DEL DESPLAZAMIENTO DE LAS PARTERAS DESDE UNA PERSPECTIVA FEMINISTA.....	111
5.1 Desplazamiento de los saberes tradicionales de partería.....	111
5.2 La caza de brujas y el estigma.....	113
CONCLUSIONES.....	125
REFERENCIAS.....	131
ANEXO.....	145

INTRODUCCIÓN

La presente tesis es el producto de una investigación que tuvo como propósito indagar sobre la pedagogía involucrada en la (re)producción de los saberes tradicionales de partería. El interés de dicha exploración surge a partir de los seminarios realizados en la Facultad de Filosofía y Letras, impartidos por el Doctor Carlo Rosa y la Maestra Alma Patricia Piñones Vázquez, quienes me acercaron a los marcos de referencia teóricos que me ayudaron en la lectura de la problemática: la interculturalidad crítica y las metodologías feministas.

Como bien señala una consigna “una se vuelve feminista con su propia historia”, y es justamente a partir de una reflexión profunda sobre mis propias raíces y violencias que tengo la responsabilidad social, tanto con otras mujeres, como con mis ancestras, de buscar reivindicar los saberes que han sido contruidos y resguardados por mujeres como un acto de rebeldía y amor, por lo que me propuse estudiar las epistemologías feministas.

Parto del supuesto de que la educación intercultural está demostrando la necesidad de pasar del reconocimiento de la diversidad no sólo en términos lingüísticos y culturales, sino también epistémicos y pedagógicos (Rosa, 2021). Este objetivo de la educación intercultural bilingüe abre camino a la indagación de “otros” espacios de conocimiento y de interlocución, como la medicina tradicional. Los saberes tradicionales de partería han sido conocimientos cultivados y protegidos mayoritariamente por mujeres indígenas, lo cual hizo necesario valorar la importancia de una perspectiva feminista; por ello recurrí a los aportes del feminismo decolonial y a las pedagogías feministas.

De acuerdo con los objetivos de la educación intercultural bilingüe y de la salud intercultural es importante incluir otros conocimientos en el sistema médico y en el currículum escolar; sin embargo, existen algunos factores que obstaculizan dicha tarea. La hipótesis que planteó en este documento es que existe una relación entre la violencia epistémica (relación de subordinación de los saberes tradicionales (ST) frente a la propagación de los conocimientos médico-científicos (CMC)) y la violencia obstétrica (violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres); elementos que convergen negativamente imposibilitando que entre los ST y CMC se dé un dialogo efectivo en condiciones de equidad.

Este trabajo tuvo como objetivos generales: a) identificar a las mujeres de la comunidad que tienen conocimientos tradicionales de medicina; b) analizar los conocimientos tradicionales de las mujeres con relación al parto; c) entender cómo se aprenden los conocimientos tradicionales de partería; y, de manera emergente, d) examinar la articulación entre los saberes tradicionales (ST) y los conocimientos médico-científicos (CMC).

Las motivaciones que justifican la investigación son sociales y pedagógicas. Con relación a las primeras, tomé como punto de partida el concepto de la violencia obstétrica, que, de acuerdo con García (2018), consiste en el conjunto de prácticas que oprimen e intimidan a las mujeres dentro de los servicios de salud reproductiva, principalmente en los periodos de embarazo, parto y postparto. Se trata de una violación a los derechos humanos de las mujeres que puede ir desde procesos innecesarios o irrespetuosos de los tiempos naturales durante el embarazo y parto, hasta el maltrato psicológico como el trato despectivo, insultos o humillaciones, y el maltrato y discriminación relacionada con la diferencia étnica, lingüística y cultural.

La violencia obstétrica, de acuerdo con la tesis *Mujeres indígenas en México: una bibliografía sobre salud reproductiva* (Juárez, 2005), se agudiza cuando la mujer pertenece a una etnia y/o a un estrato social bajo. De acuerdo con la autora, los servicios de salud son carentes en las comunidades indígenas, además las mujeres han reportado malas experiencias en los hospitales o clínicas de salud; por ello, desconfían de estos servicios.

Relacionado a la problemática presentada, se encuentra también la desaparición de las parteras tradicionales. Como se señala en el libro *Los caminos para parir en México siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación* (Freyermuth, 2018), las parteras tradicionales han perdido paulatinamente el estatus social que tenían, prueba de ello es que, “En la actualidad, 96 por ciento de los partos en el país se atienden en los servicios institucionales de salud, la gran mayoría en hospitales” (Atkin, *et al*, 2018: 89). Retomando datos del INSP (2012) “[...] México ocupa el cuarto lugar en el mundo, y el segundo en América Latina, en tasas de cesáreas, con un incremento de casi 50 por ciento en los últimos 15 años” (Atkin, *et al*, 2018: 89).

Una inferencia que planteo, en torno a la desaparición de los saberes médicos tradicionales y la violencia obstétrica, es que existe otro tipo de violencia que, parafraseando

a Spivak (1994) y a de Sousa Santos (2010), se puede definir como epistémica. La violencia epistémica consiste en la negación o invisibilización de los saberes propios de las poblaciones “otras”, como las indígenas, frente a la expansión colonial de la cultura occidental y del conocimiento científico; lo cual ha provocado la descalificación de los saberes médicos tradicionales, como la partería, frente a las prácticas científicas.

Actualmente, a pesar de los avances en la política intercultural en la salud, los saberes médicos tradicionales de las poblaciones indígenas siguen siendo discriminados. Las expresiones de la violencia obstétrica y la violencia epistémica que observé e identifiqué a lo largo de mi trabajo de exploración son las siguientes: a) intento de borrar los saberes de las mujeres a partir de la caza de brujas y de la estigmatización de las prácticas de las parteras tradicionales, b) la apropiación de los varones del ámbito médico a principios del siglo XIX, el cual, excluyó a las mujeres de la práctica médica, c) la institucionalización del parto, d) la violación de los derechos culturales de las mujeres indígenas obligándolas a parir en ambientes que no respetan su cosmovisión, e) el miedo simbólico que persiste hoy día, como secuela de la caza de las brujas y de la colonización de los pueblos originarios, que se refleja en una transmisión clandestina de los saberes por temor a incurrir en algún problema legal, y f) la necesidad de las mujeres de operar en situaciones de riesgo.

Lo mencionado, pone en evidencia la necesidad de atender la problemática desde el ámbito pedagógico; para:

- sensibilizar respecto a la importancia y el valor de los saberes tradicionales con relación a la medicina y al parto para alimentar prácticas democráticas de decisión de la mujer sobre la propia cuerpo¹.
- valorizar los saberes tradicionales en pro de un diálogo intercultural.

El marco en el cual se realiza la presente investigación es la interculturalidad; y, específicamente, la educación intercultural, la cual propone promover el reconocimiento de

¹ A lo largo de este trabajo sostendré que, desde la perspectiva occidental y tradicional, se conformaron distintas percepciones sobre el cuerpo humano; para acentuar dicha diferencia, utilizaré el término “cuerpa” que permitirá distinguir que el saber de partería es un saber contrahegemónico, holístico, construido por y para mujeres, basado en las propias experiencias (de carácter empírico). Además, se recurrió a lo que en la lingüística se conoce como efeminización, que es cambiar el morfema que hace a las palabras femeninas. Esta ha sido una práctica social a través de la cual se busca la reinterpretación de los patrones normativos, tales como las normas lingüísticas (Larousse). Añadiendo que, al ser una tesis sustentada en las teorías feministas, se busca contraponer al orden hegemónico del varón, el cual se expresa en todos los ámbitos tales como en la construcción antropocéntrica del lenguaje.

la diversidad cultural, revitalizando los saberes ancestrales y conocimientos tradicionales para protegerlos y ponerlos en diálogo con los conocimientos científicos y escolares. Reconociendo la gran diversidad social, étnica, cultural y lingüística que caracteriza a México, se hace énfasis en la importancia del desarrollo de los pueblos originarios a través del ejercicio de sus derechos, del fortalecimiento de sus identidades, así como de la recuperación y dinamización de las diversas culturas (CGEIB-SEP, 2015; CGEIB-SEP, 2007).

Lo propuesto hace necesaria la reflexión no sólo sobre la importancia de valorar y respetar las lenguas originarias, sino también de (re)conocer los sistemas de conocimientos propios de las comunidades originarias, como otras formas de expresiones humanas válidas para entender el mundo. Por eso, desde la pedagogía, compete estudiar los procesos de aprendizaje y reflexionar sobre la construcción de los cuerpos cognitivos de los conocimientos tradicionales de manera acorde al contexto cultural y social. En esta tesis, como he mencionado anteriormente, me enfocaré en los saberes médicos tradicionales de las parteras.

El trabajo está estructurado en cinco capítulos.

En el primero se presentan los elementos teóricos en los que se basó el trabajo de investigación. La tesis está fundamentada en el marco de la interculturalidad, específicamente, en el interculturalismo crítico, que ha evidenciado la necesidad del reconocimiento de la pluralidad epistémica y del diálogo de saberes en la educación y la salud intercultural. Se sustenta, además, en las pedagogías feministas, que permiten una reflexión sobre la exclusión de los saberes de las mujeres y, en concreto para este trabajo, en el desplazamiento de la partería tradicional. Tal reflexión se articula en torno al reconocimiento de “otras” formas de saber y de otras pedagogías no occidentales, y el cruce entre la violencia obstétrica y la violencia epistémica.

En el segundo capítulo se expone la metodología que se empleó durante la recolección y el procesamiento de la información. Para realizar la investigación se recurrió al enfoque cualitativo y el nivel de profundidad fue descriptivo-interpretativo. El trabajo es de corte etnográfico, aunque, en términos estrictos, se adoptó como estrategia la cuasi-etnografía o una micro-etnografía (Silva y Burgos, 2011). La pregunta eje fue ¿cómo son las pedagogías involucradas en los procesos de (re)producción de los saberes tradicionales de partería? En

coherencia con la interrogante de investigación, se realizó trabajo de campo en distintas comunidades de la Sierra Juárez en Oaxaca, como Ixtlán de Juárez, San Miguel Amatlán, Capulálpam de Méndez y Santa María Jaltianguis, donde aún persisten rasgos con la cultura zapoteca. Se entrevistó a seis mujeres que aún poseen saberes de medicina tradicional (MT). Para la recolección de la información se utilizó la entrevista etnográfica o semiestructurada y notas de campo. La realización del trabajo de campo tuvo una duración de dos semanas, para lo cual me trasladé al estado de Oaxaca, en este sentido, el apoyo de las dos informantes clave fue sustancial ya que me brindaron hospedaje durante mi estancia y me acompañaron durante todas las entrevistas.

El tercer capítulo consta de una descripción del contexto geográfico y cultural de las comunidades en las que se desarrolló el trabajo de campo.

En el capítulo cuarto se tuvo como objetivo el análisis epistémico-pedagógico de las entrevistas realizadas, basado en un trabajo descriptivo-interpretativo. Para ello, seleccioné las partes más significativas, con relación a las condiciones, los momentos y las personas pedagógicamente más relevantes en los procesos formativos de las parteras. También exploré algunas cuestiones relativas a la epistemología de los saberes de partería examinando elementos como el don, la legitimación y autorización de los saberes tradicionales y las relaciones intergeneracionales y comunitarias.

Por último, en el capítulo cinco, indagué las posibles causas de la desaparición de las parteras tradicionales. Con base en las entrevistas identifiqué los siguientes elementos que contribuyen en tal averiguación: a) la discriminación sistemática, que va desde la disminución de hablantes de las lenguas originarias y de las culturas indígenas; b) la profesionalización médica de la partería que ha provocado una minorización de la partería tradicional en las comunidades; c) el miedo de las parteras por continuar con su trabajo; y d) el desinterés de las generaciones más jóvenes por aprender la medicina tradicional.

CAPÍTULO 1. EDUCACIÓN INTERCULTURAL, FEMINISMO Y APRENDIZAJES DE PARTERÍA

En este capítulo se encontrarán los elementos teóricos y conceptuales que fundamentan la investigación.

El marco en el que se realizó el trabajo es la interculturalidad y, en específico, la educación intercultural, la cual está demostrando la necesidad de pasar del reconocimiento de la diversidad no sólo en términos lingüísticos y culturales, sino también epistémicos y pedagógicos. Esto, con relación a las formas específicas de construcción y transmisión del conocimiento que se producen en otros contextos sociales y culturales, como las comunidades originarias del país.

El reconocimiento de otras formas de saber y de otras pedagogías no occidentales requiere una reflexión más general que tome en cuenta las relaciones de poder entre la cultura occidental y las culturas originarias o indígenas. Esto con base a lo descrito por Bonfil Batalla (1990) en torno a la representación del México profundo, que hunde sus raíces en la civilización mesoamericana, y el México imaginario, el proyecto civilizatorio occidental que inició desde la conquista de los españoles. Tal como sostienen las teorías decoloniales (Castro-Gómez y Grosfoguel, 2007), estas relaciones han sido marcadas por la dominación en todos los ámbitos de la vida, abarcando las dimensiones del poder, del ser y del saber; lo que Castro-Gómez (2007) llamó la estructura triangular de la colonialidad.

Sousa Santos y Meneses (2014), en el libro *Epistemologías del sur*, reflexionan sobre la construcción de las epistemologías en otros contextos, culturalmente no occidentales. En primera instancia señalan que ninguna epistemología es neutral, y que para entender su construcción es necesario no mirar el conocimiento en aislado, sino en conjunto con las prácticas sociales. De acuerdo con la autora y autor, se puede evidenciar el impacto del capitalismo y del colonialismo en las epistemologías dominantes: el colonialismo se ha caracterizado por diversas dominaciones, entre ellas la epistemológica, lo que ha tenido como consecuencia un desplazamiento de los saberes propios de las poblaciones colonizadas².

² Maldonado-Torres (2007) distingue entre la colonialidad y el colonialismo. El colonialismo se refiere a la relación política y económica en la cual la soberanía de un pueblo está subyugada a otra nación o imperio. La colonialidad por su parte, tiene que ver con el patrón de poder fruto del colonialismo moderno; no se limita exclusivamente a la relación de poder entre pueblos o naciones, sino a todas las dimensiones de la vida en general. En este sentido, Quijano (2007) define cuatro ámbitos básicos de la existencia humana: trabajo,

Lo anterior justifica una reflexión que cuestione lo que Quijano (2007) llama la matriz colonial del poder. Dicho marco teórico permite una lectura crítica de la relación entre los saberes de partería tradicional, propios de las comunidades originarias, frente al saber médico-científico, el cual se ha posicionado como hegemónico en la atención de los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres.

1.1 Interculturalidad e interculturalismo crítico

La interculturalidad es un concepto polisémico que se debe entender de manera histórica y contextual (Fornet-Betancourt, 2004 y Beuchot, 2005 citados en Dietz y Mateos, 2011). Su génesis se explica a partir del traspaso de una sociedad que se creía monocultural al reconocimiento de la diferencia, es decir, de admitir el carácter multicultural que la conforma (Dietz y Mateos, 2011).

En el debate en torno a la relación entre culturas se produjeron diversos discursos. En Estados Unidos, Canadá y Europa surgió el multiculturalismo como explicación de la existencia de distintas culturas en un mismo territorio. Tanto Pérez-Ruiz (2016), como Quilaqueo y Torres (2013), señalan que el multiculturalismo, en el siglo XX en Estados Unidos, fue el resultado de una política de migración llamada *melting pot*, que buscó homogeneizar a las poblaciones inmigrantes para integrarlas a la cultura dominante.

En Europa del norte el multiculturalismo emergió como una respuesta a minorías marginadas, a partir de la incapacidad para hacer frente a los nuevos desafíos que derivaban del reconocimiento de la heterogeneidad cultural y para responder a la complejidad que presentaban los flujos migratorios (Dietz y Mateos, 2011). Walsh (2005) caracteriza de la siguiente forma el multiculturalismo:

- 1) tener un origen conceptual en los países occidentales;
- 2) adquirir un carácter descriptivo que destaca la presencia de diferentes culturas;
- 3) evitar las relaciones entre las múltiples culturas presentes en un territorio;
- 4) fundamentarse en la estructura y principios del Estado liberal;
- 5) centrarse en la tolerancia del otro, pero como una forma de evitar los conflictos, y

conocimiento, autoridad y relaciones intersubjetivas, desde los cuales se estructura el poder, a través de la lógica del mercado capitalista mundial y de la idea de “raza”. Así es como la colonialidad permanece hasta nuestros días, sobreviviendo al colonialismo.

6) ocultar las desigualdades sociales y mantener intactas las estructuras e instituciones de la sociedad (Quilaqueo y Torres, 2013: 286).

A diferencia del contexto europeo y anglosajón, en América Latina (AL) la interculturalidad surgió como una respuesta a las exigencias de las comunidades indígenas en lucha por el mantenimiento de la lengua, la cultura y el reconocimiento de la autonomía. De acuerdo con Tubino (s/f), la interculturalidad, en AL, tuvo como objetivo actuar respecto al sometimiento de los procesos de aculturación forzada, el despojo de los territorios y la negación de los derechos fundamentales de las comunidades originarias.

Como se puede observar, la reflexión y las prácticas políticas en torno a la relación con la diversidad (cultural, étnica, lingüística) surgió de manera situada con base en principios diferentes. La multiculturalidad refiere al reconocimiento de la existencia de culturas distintas o grupos minoritarios en un mismo territorio o espacio geográfico, sin tomar en cuenta las condiciones particulares de cada grupo y no considerando las dinámicas de poder que caracterizan las relaciones entre ellas (Dietz y Mateos, 2011 y Walsh, 2005). Desde el multiculturalismo se prioriza el valor de la tolerancia, que adquiere una función ética y social para permitir la convivencia de diversos grupos y tratar de aplanar los conflictos y las resistencias entre ellos (Pérez-Ruiz, 2016). Según Quilaqueo y Torres (2013) el multiculturalismo está fundamentado en la estructura y principios del Estado liberal, que ocultan las desigualdades sociales, las dinámicas de poder y los mecanismos que mantienen la opresión de los grupos subalternos y el privilegio del grupo dominante. En un sentido más general, parafraseando a Bourdieu (1988), se podría sostener que el multiculturalismo actúa desde la dimensión de lo simbólico: admite la diferencia cultural siempre y cuando esta asimilación/aculturación se tramite en el espacio del mercado (Pérez-Ruiz, 2016); es decir, impone su propia lógica de producción y económica, la cual está relacionada con la dimensión social, cultural y educativa, coherente con el modelo de Estado-nación de derivación europea.

Con base en Dietz y Mateos (2011), el multiculturalismo reconoce la diversidad cultural actuando desde un trato diferenciado de los grupos minoritarios, partiendo de una visión esencialista de “cultura”, perpetuando y justificando el racismo y las relaciones de poder desiguales. Por su parte, la interculturalidad, en AL, (sobre todo en Bolivia y Ecuador)

ha cuestionado la mirada anglosajona y europea en torno a los temas relativos a la educación intercultural por encubrir la desigualdad, inequidad y asimetría en los conflictos de la diversidad cultural. En este sentido, la interculturalidad no sólo se concentra en el reconocimiento de la diferencia, sino en la convivencia e interacción “con” la diversidad.

Dado que la interculturalidad no es un concepto que tiene un significado único y homogéneo, Walsh (2009a), desde una perspectiva crítica, propone distinguir entre tres enfoques. El primero es aquello relacional, más cercano al concepto de multiculturalismo, que tiene que ver con el mero reconocimiento de culturas diferentes; se entiende como el reconocimiento de contactos, interacciones e intercambios entre individuos y culturas. Esta posición, según la autora, niega o minimiza los conflictos en la relación entre culturas y los procesos de dominación que atraviesan dichas relaciones; pues se ignoran las asimetrías entre ellas en las estructuras sociales, políticas, económicas y epistemológicas.

El segundo enfoque, el funcional (o neo-liberal), reconoce las diferencias culturales y étnicas, pero con el objetivo de incluirlas al sistema-mundo contemporáneo; al modelo de sociedad globalizado y en la estructura social establecida por el Estado-nación, a través de las políticas públicas. Dicho con otras palabras, este enfoque determina, política y económicamente, las relaciones entre los pueblos y las culturas minoritarias dentro del Estado-nación, con el objetivo de incluirlas al modelo hegemónico de sociedad vigente, para reducir los conflictos étnicos e incrementar la eficacia económica de la acción estatal. Se centra en la convivencia entre culturas, siempre y cuando dicha convivencia se dé en línea con los principios de la cultura dominante; es decir, no critica el sistema post-colonial vigente, por el contrario, facilita su reproducción, ya que no toma en cuenta las asimetrías y desventajas en que se encuentran los sujetos pertenecientes a las culturas subalternas, siendo estos “desniveles culturales internos” (Tubino, s/f: 5) los que no permiten el diálogo intercultural y reproducen la desigualdad.

El enfoque funcional apunta a la inclusión dejando de lado los dispositivos de poder que mantienen el orden colonial basado en la racialización; es decir, parafraseando a Quijano (2007), aquel sistema que se ha instaurado con la colonización de América y que persiste en la contemporaneidad como eje constitutivo del patrón mundial del poder capitalista; basado en una clasificación y jerarquización de la población del mundo (como “indio”, “negro”,

“mestizo”³, por mencionar algunas) que justifican la dominación del grupo hegemónico sobre otros, y que opera desde todos los ámbitos y dimensiones de la vida cotidiana. Tal como lo señala Maldonado-Torres (2007) “respiramos la colonialidad en la modernidad cotidianamente” (131).

Lo anterior hace relevante la adopción de un enfoque crítico sobre la interculturalidad. El interculturalismo crítico se centra en examinar las condiciones que obstaculizan la producción de relaciones horizontales y un auténtico diálogo entre culturas o grupos, haciendo hincapié en las asimetrías sociales y culturales para construir equidad e igualdad. En esta línea, Tubino (s/f) señala que, desde el interculturalismo crítico, “para hacer real el diálogo hay que empezar por visibilizar las causas del no-diálogo” (6). Tales factores no son sólo políticos, sociales o culturales, sino que abarcan, de una manera más general, las esferas del saber y el ser (Maldonado-Torres, 2007 y Quijano, 2007)⁴.

De acuerdo con Walsh (2009b) es importante tener en cuenta que

la interculturalidad crítica tiene sus raíces y antecedentes no en el Estado (ni tampoco en la academia) sino en las discusiones políticas puestas en escena por los movimientos sociales, [lo que] hace resaltar su sentido contra-hegemónico, su orientación con relación al problema estructural-colonial-capitalista, y su acción de transformación y creación (10).

³ Utilizo las comillas, al igual que Quijano, para enfatizar el carácter ficticio de la racialización de la humanidad.

⁴ La colonialidad del poder, del ser y del saber son conceptos centrales en las teorías decoloniales (Quijano; y Maldonado-Torres, 2007). Quijano (2014) refiere que la colonialidad del poder es entendida como aquella que es global y que regula las relaciones de trabajo, las de dominación/explotación, las de género y las de subjetividad. Walsh (2009b) plantea que ésta estableció una jerarquización racializada, encasillando a las diversas culturas en términos homogéneos como “indio”, “blanco”, “mestizo” o “negro”, borrando desde sus diferencias históricas, culturales y hasta lingüísticas. Esta operación simbólica permite reproducir los patrones de poder mundial, pues justifica la superioridad e inferioridad entre humanos. Esto se refiere a “La colonialidad del ser, proceso en el que se inferioriza y se deshumaniza a unos grupos poblacionales y se pone en condición de superiores con categoría de humanidad a otros” (Lara, 2015: 229). De aquí que Mignolo (2016) entienda lo descolonial o la descolonialidad en relación con la matriz colonial de poder. Dicha matriz está basada en: el control de la naturaleza y los recursos naturales, el control de la autoridad, el control de género y de la sexualidad, el control de la subjetividad y de la conciencia y el control de la economía, e incluye esferas del saber y el ser. La colonialidad del saber es aquella que no permite otras formas de pensamiento, ya que las mira como inferiores; deslegitima otras racionalidades y maneras de explicar el mundo por no provenir de los mismos paradigmas y lógicas de pensamiento y que, de acuerdo con Walsh (2009b), suponen el eurocentrismo como perspectiva hegemónica de conocimiento. En relación Maldonado-Torres (2007) refiere lo siguiente: “[...] la colonialidad del poder se refiere a la interrelación entre formas modernas de explotación y dominación, y la colonialidad del saber tiene que ver con el rol de la epistemología y las tareas generales de la producción del conocimiento en la reproducción de regímenes de pensamiento coloniales, la colonialidad del ser se refiere, entonces, a la experiencia vivida de la colonización y su impacto en el lenguaje” (130).

La interculturalidad crítica propone, en este sentido, una visión descolonizadora. El patrón de poder mundial, con base en Quijano (2007), se perpetúa y reproduce a través del universo intersubjetivo, el cual está vinculado con los esquemas de producción del conocimiento; es decir, los saberes emergentes de esta racionalidad están en alineación con lo que llama “las necesidades cognitivas del capitalismo” (94), que están ancladas en la medición, la cuantificación y la objetivación y basadas en una separación entre investigadora/o y objeto de estudio, donde el resultado debe apuntar al control de la naturaleza y a la apropiación de los recursos de producción. De acuerdo con el autor, esta perspectiva cognoscitiva “naturaliza” las experiencias de las personas en ese patrón de poder. Por ello este trabajo tiene como base las teorías decoloniales, pues como Lara (2015) menciona, lo decolonial está vinculado a visibilizar que existen diversas maneras de comprender, entender y mirar el mundo, por lo que cuestiona la mirada homogeneizadora y universal del hombre occidental que se ha construido e impuesto a partir del colonialismo.

La interculturalidad crítica, por tanto, representa un posicionamiento central para el trabajo de investigación que se presenta en esta tesis, dado que no sólo reconoce el pluralismo cultural y epistémico, sino porque se presenta como un proyecto que ayuda a visibilizar los dispositivos y estrategias de poder que obstaculizan las relaciones entre culturas; así como se preocupa por brindar la herramienta teórica necesaria para favorecer el reconocimiento y las relaciones con formas de saber y ser distintas a las occidentales. En esta perspectiva, el interculturalismo crítico me permite leer las prácticas médicas tradicionales de las parteras entrevistadas como saberes en constante tensión y resistencia ante la pedagogía y los conocimientos médicos institucionales.

1.2 Pluralidad epistémica y diálogo de saberes en la educación intercultural

En México, entre los avances realizados en torno al tema de la diversidad cultural y lingüística, se encuentra el reconocimiento fundamental del carácter pluricultural del país en la Constitución (CGEIB-SEP, 2006). También desde el ámbito educativo se han hecho avances en esta dirección; los cuales deben observarse, específicamente, en el enfoque intercultural del subsistema de educación indígena.

Con la publicación de la Ley General de Educación, en 1993, se puede observar el reconocimiento de la importancia de promover las lenguas originarias (Martínez Buenabad,

2015). Dicho reconocimiento se consolida, una década después, con la publicación de la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas, en 2003; la cual sustenta que los grupos originarios tienen el derecho de recibir educación básica en su propia lengua.

Paralelamente, con la transición del enfoque educativo bilingüe-bicultural -que había caracterizado la educación del subsistema indígena hasta 1996-, a la Educación Intercultural Bilingüe (EIB) desplegado en el Plan de Desarrollo 2001-2006 (Martínez Buenabad, 2015) -modelo vigente-, se asiste a un paulatino reconocimiento no solamente de la diversidad lingüística, sino también cultural y epistemológica. En los *Lineamientos generales para la educación intercultural bilingüe para las niñas y los niños indígenas* (DGEI-SEP, 1999), por ejemplo, se reconoce la pluralidad epistémica y la necesidad de promover “un diálogo entre tradiciones culturales” (26), “considerando prácticas de enseñanza que permitan la articulación y complementariedad entre los conocimientos de origen indígena, con los conocimientos de origen nacional y mundial” (DGEI-SEP, 1999: 28). Del mismo modo, *El enfoque intercultural en educación. Orientaciones para maestros de primaria* (CGEIB-SEP, 2006) plantea que entre los propósitos de la EIB están: a) el fortalecimiento del conocimiento y orgullo por la cultura propia como elementos para afianzar la identidad; b) el reconocimiento de la realidad pluricultural y multilingüe de México, que se aprecien y valoren los aportes de los pueblos originarios; c) lograr los objetivos de aprendizaje para todos con calidad, equidad y pertinencia; d) el desarrollo de la comprensión de diversas realidades desde referentes culturales distintos que faciliten el entendimiento de las propias prácticas culturales y de las ajenas, de forma contextual y crítica, y; e) el desarrollo de competencias comunicativas a nivel escrito y oral, tanto en su lengua materna como en una segunda lengua (CGEIB-SEP, 2006). En esta misma línea, en numerosos otros documentos elaborados por la DGEI y la CGEIB en las últimas dos décadas, se hace énfasis en la necesidad de revitalizar las tradiciones consolidadas como propias dentro de cada cultura, y de poner en tensión su conservación y transformación, en el marco de un diálogo intercultural que reconoce a la epistemología un papel importante:

De esta forma la interculturalidad ha puesto en el centro de la discusión la forma como se construye el conocimiento en la sociedad occidental, ha puesto de manifiesto el desgaste de los paradigmas que sostenían que el conocimiento científico era el único aval de legitimidad y validez para aprehender la realidad. Por otra parte, se reconoce que la especialización de

los conocimientos ha llevado a su parcelación, a una visión reducida y fragmentada de la realidad, y, por ende, al debilitamiento de sus posibilidades para resolver los problemas que en ella se presentan. Por este motivo se han empezado a explorar nuevas formas de construir el conocimiento, articulando y complementando saberes, reconociendo la validez y eficacia que otras lógicas culturales utilizan para construirlo. Esto implica comprender que aquéllas tienen formas particulares de entender y significar el mundo que, no obstante, las diferencias con la propia, son igualmente válidas en tanto constituyen el conjunto de conocimientos, valores y creencias que dan sentido a la existencia de un pueblo y, por tanto, a la de las personas que integran (CGEIB-SEP, 2006: 23).

El actual gobierno de Manuel Andrés López Obrador ha reconocido la interculturalidad como pauta institucional, hecho que deberá reflejarse en todo el Sistema Educativo Nacional (SEN) (Rosa, 2021). Sin embargo, actualmente, la educación intercultural sigue representando un proyecto exclusivo para el subsistema de educación indígena. Esto, según Rosa (2021), demuestra que aún estamos lejos de transitar desde un monólogo político, cultural y epistémico a un verdadero diálogo intercultural.

A pesar de lo mencionado, los avances realizados por la Dirección General de Educación Indígena (DGEI) y la Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe (CGEIB) en pos de interculturalizar la educación de las comunidades originarias del país, demuestran la voluntad de reconocer la diversidad lingüística, cultural y epistémica, así como la necesidad de establecer un diálogo intercultural.

De acuerdo con Rosa (2021) la educación intercultural aún no logra reconocer, en su totalidad y de manera profunda, los procesos de construcción del conocimiento indígena. El autor sostiene que, para hacer efectivo el diálogo entre saberes no basta con incluir los saberes indígenas en el curriculum, aunque es un paso necesario, sino que dicha apertura requiere conocer las diferentes matrices fundacionales de los conocimientos indígenas; sólo un conocimiento profundo de las ontologías, de las epistemologías y las pedagogías indígenas puede llevar a un auténtico diálogo intercultural. De lo contrario, como señala el autor con relación a Gasché (2008), se corre el riesgo de sistematizar los saberes tradicionales a partir de las lógicas occidentales del saber escolar, perdiendo su significado legítimo; lo cual deriva en una asimilación de los saberes tradicionales en la epistemología occidental, que reproduce las desigualdades y las jerarquías entre conocimientos.

El reconocimiento de la diversidad epistemológica, pedagógica y el diálogo de saberes son desafíos que solicitan una revisión crítica de los conocimientos, de sus procesos de validación y de transmisión. Esto implica no solamente reconocer que existen otras formas de comprender, de educar y de aprender más allá de la visión occidental, sino mostrar su validez y funcionalidad en los diversos contextos culturales.

En esta perspectiva, es importante tomar en cuenta lo siguiente:

- Igualdad de condiciones entre saberes; es decir, reconocimiento de la legitimidad de los saberes indígenas y comprensión de características y condiciones culturales particulares (Tubino, s/f y Walsh, 2009a).
- Relativización del conocimiento occidental como único, universal y absoluto; abandonando el paradigma de la validez universal y adoptando la postura de la diversidad inagotable (de Sousa Santos, 2010)⁵.
- Respetar los cuerpos cognitivos de los conocimientos tradicionales, su epistemología y su pedagogía propia (Rosa, 2019).

Para que se cumpla con las metas de la EIB es sustancial valorizar las prácticas y los saberes tradicionales ya que están en peligro de desaparecer a causa de diferentes factores generales, tales como la discriminación sistemática y estructural que han vivido los pueblos originarios, las culturas y lenguas; y particulares, como el despojo de los territorios, el extractivismo, y la ineficacia del sistema educativo. Valorizar las prácticas y saberes tradicionales es fundamental, entonces, para favorecer las decisiones democráticas de las comunidades indígenas con respeto a su cultura, sus territorios y sus saberes; y, en el caso específico de la partería, para fomentar el reconocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

⁵ Sousa Santos (2010) entiende el pensamiento occidental moderno como un pensamiento abismal, que se ha posicionado por encima de otros saberes provenientes de contextos no occidentales. Ante tal problemática propone una ecología de saberes, que la entiende como aprendizajes desde el Sur o epistemologías del Sur; para el autor “La ecología de saberes se fundamenta en la idea de que el conocimiento es interconocimiento” (Sousa Santos y Meneses, 2014: 41); para ello propone el reconocimiento de la pluralidad de conocimientos más allá del científico, es decir, la adopción de la postura de la diversidad inagotable: “Esto implica renunciar a cualquier epistemología general. [y asumir que] A lo largo del mundo, no solo hay muy diversas formas de conocimiento de la materia, la sociedad, la vida y el espíritu, sino también muchos y muy diversos conceptos de lo que cuenta como conocimiento y de los criterios que pueden ser usados para validarlo” (Sousa Santos y Meneses, 2014: 42).

En esta perspectiva, mi trabajo se concentra en comprender y valorizar la dimensión epistémica, social y pedagógica de los saberes tradicionales relativos a la partería, como muestra de esa diversidad epistémica llamada a dialogar con el conocimiento occidental y escolar, en el marco de la interculturalidad y el diálogo de saberes.

1.3 Salud intercultural

En México, la interculturalidad ha sido un derecho ganado de los pueblos originarios o indígenas, y es un marco que se ha instituido también en el campo de la salud. En una aproximación conceptual acerca de la salud intercultural, desde la antropología médica, se consideran los modelos médicos como sistemas complejos y dinámicos de organización en función de la cultura de la que emergen. De acuerdo con Alarcón, Vidal y Neira (2003), los estudios de distintos modelos médicos representan bases epistemológicas distintas de salud y enfermedad, es decir, están basados en principios y axiomas distintos que legitiman y validan las prácticas médicas.

Desde la antropología sociocultural un sistema médico se concibe como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. [...] En consecuencia las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en los cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual (Alarcón, Vidal y Neira, 2003: 1063).

Campos (s/f) considera que “la interculturalidad significa la incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud” (4). No obstante, la interculturalidad en la salud no se limita a la relación médico-paciente, dado que abarca distintas dimensiones culturales como elementos simbólicos y prácticas. Oyarce e Ibacache (1996) citados en Campos (s/f), mencionan que

La interculturalidad en salud es definida como: “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas” (Campos, s/f: 4).

En ese sentido, la validación cultural es fundamental, pues permite legitimar el modelo de salud considerando el contexto cultural en el cual se origina. “En este sentido, la interculturalidad es un puente, un enlace o una estrategia que toma en cuenta las variables étnico-culturales de la población indígena en el proceso de atención de salud” (Citarella *et al*, 2000 citado en Campos, s/f: 7).

El enfoque intercultural en el ámbito de la salud empieza a destacarse desde los años ‘40, con el surgimiento de la antropología médica, como disciplina de la antropología social, con la cual se buscaba investigar las causas de la desigualdad en la salud entre los pueblos originarios y el resto de la población, para mejorar sus condiciones de vida, implementando programas sociosanitarios. A partir de estos años, se realizaron numerosas experiencias con un enfoque intercultural: desde la academia, la formación del personal de salud y la aplicación de programas en zonas indígenas (Lerín Piñon, 2004).

Durante las décadas de los ‘70 y ‘80 se realizaron distintas acciones estatales en el campo de la salud con enfoque intercultural, entre ellas: el reconocimiento jurídico de las actividades de los terapeutas indígenas; su incorporación en los hospitales ubicados en territorios indígenas; el desarrollo de programas y la creación de oficinas federales y estatales para apoyar la medicina tradicional; la implementación de cursos, diplomados y talleres relativos al tema de la salud intercultural; la enseñanza de la antropología médica y la interculturalidad en escuelas universitarias y en los centros de enseñanza superior (Campos, Peña y Maya, 2017). En este sentido, México se ha comprometido en el tema de la salud intercultural, muestra de ello, son los acuerdos internacionales que ha firmado como: La declaración de Alma Atta (1978), el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), en los cuales reconoce el derecho de los pueblos indígenas a utilizar la medicina tradicional, aprovechando de sus métodos y prácticas curativas. Se reconoce a las parteras tradicionales y se señala que los servicios de salud deberán organizarse a nivel comunitario y administrarse en cooperación con los pueblos interesados.

Desde 2006, el gobierno federal modificó la Ley General de Salud incorporando la “medicina tradicional indígena” (Campos, Peña y Maya, 2017: 446), base para implementar un marco institucional de política intercultural; como consecuencia, se reformó la Ley

General de Salud que sustentó la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud, en el cual se tomaron en cuenta los criterios de interculturalidad para la acreditación de las unidades de salud.

Almaguer, Vargas y García (2014) señalan que el Programa Nacional de Salud y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 buscaron incorporar el enfoque intercultural tratando de disminuir las barreras culturales; también afirman que el Sectorial de Salud 2007-2012 y 2013-2018 tuvieron entre sus objetivos promover el estudio y validación científica de las medicinas tradicionales y complementarias, así como:

- Fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación formal de la medicina tradicional al sistema nacional de salud.
- Diseñar y operar una política de enseñanza de medicina tradicional y complementaria en el Sistema Nacional de Salud.
- Incorporar en las demandas del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social la investigación en medicinas tradicionales y complementarias.
- Evaluar la posibilidad de crear el Instituto Nacional de Medicinas Complementarias (Almaguer, Vargas y García, 2014: 103).

El ejercicio de la medicina tradicional está fundamentado en la Constitución mexicana: en el artículo 1, donde se prohíbe todo tipo de discriminación; en el artículo 2, en el cual se reconoce el derecho de los pueblos indígenas de salvaguardar su cultura y hacer uso de la medicina tradicional (MT); en el artículo 4, que establece el derecho de las mujeres a decidir de manera informada sobre el número de hijos que desea y no por obligación; así como el artículo 5, donde se establece la libertad de ejercer un trabajo como la partería tradicional y la medicina tradicional en general. También la Ley General de Salud reconoce la MT como parte de los objetivos generales del sistema de salud nacional, que contempla la partería tradicional como un derecho. De igual manera, la *Norma 007-SSA2-2016 Para la Atención de la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida* establece el derecho de las mujeres de ser atendidas por parteras tradicionales, así como de elegir de manera libre la posición para el parto, entre otros numerosos documentos que se enlistan en el capítulo 5.

Las parteras son reconocidas ante la ley como “personal no profesional autorizado” (Secretaría de Salud, s/f: 7). De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de servicios de Atención Médica, las parteras tradicionales pueden atender el embarazo, parto y puerperio que ocurra en su comunidad, asegurándose de avisar a la Secretaría de Salud, siempre y cuando hayan recibido la capacitación y la autorización de la Secretaría.

Sin embargo, pese a los esfuerzos en torno a las políticas interculturales en temas de la salud, los médicos tradicionales siguen viviendo bajo situaciones de subordinación y discriminación. Campos, Peña y Maya, (2017), con relación a los diversos programas de salud intercultural en el país (Querétaro, Hidalgo, Veracruz, Puebla, Oaxaca, entre otros estados de la república) sostienen que: “La interculturalidad ha sido centrada exclusivamente en la presencia de los módulos de medicina tradicional en los espacios biomédicos con la notoria subordinación de los terapeutas tradicionales” (449).

De acuerdo con Campos, Peña y Maya (2017), los centros de salud en el estado de Oaxaca, estado donde se ha llevado a cabo el trabajo de campo, no han logrado satisfacer los criterios de la salud intercultural. En el caso concreto de la atención al parto de la mujer se suele priorizar el parto hospitalario; además, distintos estudios antropológicos (Güemez, 2000) han señalado que las mujeres indígenas siguen reportando situaciones de discriminación y desigualdad social durante su atención en el embarazo, parto y puerperio.

Con base en un estudio sobre las políticas públicas de salud indígena, de medicina tradicional e interculturalidad (Campos, Peña y Maya, 2017), se encontró que,

[al estudiar] las actividades estatales sobre salud indígena en México, nos podemos percatar que las acciones son parciales, limitadas e insuficientes para atender de manera adecuada (en términos cuantitativos y de calidad) a los pueblos originarios, que constituyen por lo menos de un 10% a un 15% de la población mexicana (Campos, Peña y Maya, 2017: 451).

Campos, Peña y Maya (2017) afirman que lo anterior hace visible que, a pesar de que los discursos políticos señalen un interés por respetar la medicina tradicional, todavía se sigue replicando la hegemonía biomédica.

La discriminación de la medicina tradicional se refleja también en el ámbito de la educación superior. Marion Lloyd (en prensa), por ejemplo, exploró las trayectorias laborales

de las/los egresadas/os de la Universidad Intercultural del Estado de México (UIEM), entrevistó a alumnas/os de la carrera de Salud Intercultural y Enfermería y encontró que sigue persistiendo un estereotipo negativo hacia la medicina tradicional, y que, incluso, a pesar de haber cursado una carrera profesional, los médicos egresados/as de escuelas no interculturales desvalorizan el trabajo de las personas pertenecientes a alguna cultura indígena; en otras palabras, las/os egresadas/os de la carrera de Salud Intercultural y Enfermería sufren discriminación porque se considera que sus saberes no están al nivel de los médicos formados desde la llamada biomedicina o medicina científica.

Los avances en torno a la salud intercultural, los problemas actuales y los desafíos para el futuro, son relevantes para mi trabajo de investigación, dado que las parteras entrevistadas señalan que ya no ejercen la partería por el miedo que persiste a ejecutar su labor. A pesar de que actualmente la medicina tradicional es reconocida en las políticas de salud, persiste una discrepancia entre lo establecido en los marcos normativos y la práctica, sobre la que aún hace falta doblar esfuerzos.

1.4 Feminismos latinoamericanos y decoloniales

Cuando se habla de feminismo se hace referencia a un conjunto de tendencias, movimientos y orientaciones teóricas heterogéneas, por esto, se sugiere hablar de movimientos feministas. Para Gamba (2008) “El concepto se refiere a los movimientos de liberación de la mujer, que históricamente han ido adquiriendo diversas proyecciones. Igual que otros movimientos, ha generado pensamiento y acción, teoría y práctica” (2).

Dentro de los antecedentes del feminismo algunas autoras destacan tres grandes etapas (Valcárcel, 2004) u olas⁶; otras feministas proponen la existencia de hasta cuatro olas (Gamba, 2008). Gamba (2008) y Valcárcel (2004) señalan que, la lucha feminista se empieza a vislumbrar a partir de la Revolución Francesa; en la primera ola destaca la toma de consciencia de la opresión de la mujer, de acuerdo con Gamba (2008), se considera la primera acción colectiva organizada en defensa de los derechos de ciudadanía de las mujeres, que buscó mejorar las circunstancias de opresión y dependencia de la época. Un hecho sustancial en este sentido fue la aparición del documento “Declaración de los derechos de la Mujer y la

⁶ El concepto de tercera ola feminista fue acuñado por primera vez por Rebecca Walker, activista política, escritora y editora estadounidense.

Ciudadana” (Gamba, 2008), y de “*La Declaración de Sentimientos de Seneca Falls*, documento que nació de la primera Convención sobre los Derechos de la mujer” (Garrido, 2021: 486).

La segunda ola se distingue por el movimiento de las sufragistas. De acuerdo con Garrido (2021), se suele ubicar temporalmente a comienzo del siglo XIX y hasta principios del XX, a partir de las acciones emprendidas por el reconocimiento al derecho de ciudadanía de las mujeres. En Estados Unidos e Inglaterra este movimiento tuvo una fuerza importante; a grandes rasgos, las líderes de este movimiento fueron mujeres de la burguesía. En Gran Bretaña las peticiones de las sufragistas también estaban vinculadas a exigencias de mejoras en las condiciones de trabajo.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, en muchos países europeos, las mujeres habían conseguido el derecho al voto. En esta transición destacan trabajos como los de Emma Goldmann (1910), Simone de Beauvoir, (1949) y de Betty Friedan (1963). A partir de 1960 se empieza a hablar de una tercera ola del feminismo, con la que se toma como referencia los aportes de Betty Friedan escritos en la “Mística de la feminidad” y la creación de la *National Organization for Women* (NOW). Dentro de esta ola, se pueden identificar tres corrientes o líneas principales de pensamiento: el feminismo radical, el feminismo socialista y el feminismo liberal, entrecruzadas por las tendencias de la igualdad y la diferencia (Gamba, 2008). En Estados Unidos y Francia, en la década de los setenta, las feministas radicales propusieron “una revalorización de lo femenino, planteando una oposición radical a la cultura patriarcal y a todas las formas de poder, por considerarlo propio del varón; rechazan[do] la organización, la racionalidad y el discurso masculino” (Gamba, 2008: 4). La autora también señala que:

El feminismo radical tiene como objetivos centrales: retomar el control sexual y reproductivo de las mujeres y aumentar su poder económico, social y cultural; destruir las jerarquías y la supremacía de la ciencia; crear organizaciones no jerárquicas, solidarias y horizontales (Gamba, 2008: 4).

Por su parte, el feminismo socialista sostenía que la necesidad de realizar cambios en la estructura económica no es suficiente para eliminar la opresión de la mujer, de esta manera relaciona los conceptos de explotación de clase y explotación de la mujer, evidenciando la

opresión capitalista pero también la del sistema patriarcal. “Esta corriente se destacó principalmente en Inglaterra y en España, y en algunos países latinoamericanos tuvo bastante importancia” (Gamba, 2008: 5).

En Estados Unidos, tuvo un gran auge el feminismo liberal, el cual

[...] considera al capitalismo como el sistema que ofrece mayores posibilidades de lograr la igualdad entre los sexos. Cree que la causa principal de la opresión está dada por la cultura tradicional, que implica atraso y no favorece la emancipación de la mujer. El enemigo principal sería la falta de educación y el propio temor de las mujeres al éxito (Gamba, 2008: 5).

A manera de síntesis, el considerado feminismo blanco ha tenido tres grandes etapas⁷: a) el feminismo ilustrado, en el cual se puede distinguir el reconocimiento de la igualdad y la reivindicación de la educación; b) el feminismo liberal-sufragista, que busca el acceso a todos los niveles de educación y el derecho al voto; y por último, c) el feminismo contemporáneo, que se propuso la lucha por los derechos civiles y reproductivos, la paridad política y la reivindicación del papel de las mujeres (Valcárcel, 2004).

No obstante, a partir de la década de los sesenta, comenzaron a surgir feminismos que criticaban fuertemente esta perspectiva anglosajona y occidental del feminismo. Muestra de ello es el feminismo afroamericano, el cual se oponía a la visión esencialista del concepto género desarrollado por las feministas blancas anglosajonas y europeas. De igual manera, el feminismo latinoamericano desarrolló un pensamiento crítico y una política que consideró las desigualdades de raza y clase, buscando una mayor inclusión. Así, estos otros feminismos denunciaron el racismo en el feminismo y la universalización de la experiencia como mujeres⁸.

⁷ En tiempos recientes se ha discutido la existencia de una cuarta ola dentro del movimiento feminista. “Algunas autoras defienden que podemos hablar de cuarta ola desde principios de los años 2000, otras lo sitúan en 2008, mientras que las teorías más extendidas la sitúan en 2017 con el movimiento #MeToo o el 8 de marzo de 2018 tomando como referente el caso español” (Garrido, 2021: 487).

⁸ Al respecto Lozano (2014) menciona que: “El feminismo nacido en Europa y Norteamérica definió lo que era ser mujer y feminista, y las categorías género y patriarcado establecieron lo que era la subordinación de la mujer y también las posibilidades de su emancipación. [...] Por fuera de estas categorías ¡no hay salvación! [...] Esta pretensión hace del feminismo un discurso colonial” (Lozano, 2014: 335).

Muestra de algunas reflexiones desde el feminismo latinoamericano es el “III Encuentro de feministas de América Latina y el Caribe, celebrado en Brasil de 1985” (Espinosa Miñoso, 2014: 309). Respecto a los aportes teóricos, “el feminismo latinoamericano, [ha] identificado aquellas condiciones que han impedido históricamente un tratamiento adecuado de estos sistemas de opresión dentro del análisis y la política del feminismo de la región” (Espinosa Miñoso, 2014: 311). En América Latina han destacado los aportes de los feminismos decoloniales⁹, los cuales realizaron una crítica “al feminismo occidental por cuanto considera que se ha centrado en el patriarcado y el androcentrismo, como única vía de dominación hacia las mujeres, obviando otro tipo de relaciones y problemas estructurales, más complejos” (Jaramillo, 2012: s/p).

Algunas denuncias elaboradas desde esta perspectiva son el colonialismo epistémico, el cual comenzó a plantearse a principios de la década de los noventa, como una demanda ante la necesidad del reconocimiento de los derechos colectivos de los pueblos indígenas. En este sentido, los feminismos decoloniales proponen la recuperación y reconocimiento de las luchas históricas de las mujeres; esto es a lo que Curiel (2018) refiere como un proceso restaurador: la problematización de las experiencias de las mujeres de la periferia, cuestionando la historia del feminismo ilustrado antes descrito. En este sentido, Guzmán (2019) sentencia que esta clasificación que ha sido asumida por varias feministas no contempla “las luchas anticoloniales de nuestras abuelas indígenas originarias hechas desde nuestros pueblos y la comunidad” (Guzmán, 2019: 9).

Desde el feminismo latinoamericano han destacado los trabajos de Chandra Mohanty. Uno de sus aportes a las teorías feministas es el concepto de “colonización discursiva”, elemento teórico que utiliza para criticar las teorías del feminismo occidental, las metodologías eurocéntricas y universalizadas. De acuerdo con Espinosa Miñoso (2014) el trabajo de Mohanty denunció el nexo entre el poder y el conocimiento, al mismo tiempo que

⁹ De acuerdo con Mágina Millán (2014) citada en Bach (2018), desde el feminismo decolonial, se propone “optar por el uso de la palabra *descolonialidad* y no *decolonialidad* para distinguimos de la teoría de la decolonialidad. (...) Entendemos entonces que lo *descolonial* es más un proceso vivo que una teoría cerrada o una escuela de pensamiento” y agrega que, “Rescatar la tradición intelectual feminista desde abajo y a la izquierda, implica mucho más que elaborar un análisis feminista utilizando las referencias y criterios epistemológicos establecidos. Se requiere de una epistemología descolonizante, cuyo objetivo sea el propio saber feminista, un saber que se está haciendo en muchos lugares y a muchas voces” (4).

hizo visible las implicaciones políticas y materiales de esta producción del saber y discursos sobre la mujer del tercer mundo construidos monolíticamente.

Así, los feminismos decoloniales han demostrado el androcentrismo y el racismo en la ciencia y en la epistemología, por lo que proponen la incorporación de otros saberes que no se encuentran en el “centro”, y que han sido construidos por las mujeres en las “periferias”.

Desde esta mirada de los feminismos, la descolonización¹⁰ implica una posición política que conlleva teoría y práctica, es decir, acción individual y colectiva que atraviesa nuestros pensamientos, imaginarios, sexualidad, cuerpos, formas de ver el mundo y de actuar en él (Curiel, 2014).

El feminismo decolonial propone, entonces, la reinterpretación de la historia hegemónica y la revisión del feminismo hegemónico. Plantea la necesidad de entender las opresiones de manera imbricada, estructural, sistémica, regional, local y subjetiva, dado que el racismo, el clasismo y el sexismo se entienden como una episteme de la modernidad-colonialidad (Curiel, 2018).

En esta perspectiva, cobran relevancia las epistemologías feministas, las cuales, de acuerdo con Bach (2018), se pueden identificar como aquellos sistemas de conocimiento que “construyen y son construidos” por las sujetas situadas y sexualizadas, y que, además, se caracterizan porque han desafiado a la epistemología dominante, en específico a la anglosajona, estando en contradicción con el conocimiento científico-moderno (Jaramillo, 2012). De modo que las epistemologías feministas potenciaron el reconocimiento de otros espacios de producción -lo cotidiano, lo artístico, lo religioso- y abrieron camino a formas de interlocución con sujetos epistémicos que anteriormente no habían sido considerados como tales.

Por último, esta perspectiva plantea una relación entre el pensamiento y la práctica política, entre la comunidad y el movimiento, pues como menciona Curiel (2018) su génesis

¹⁰ Desde el feminismo crítico Curiel (2014) define a la descolonización en el feminismo de la siguiente manera: “desde el feminismo, la descolonización no solo reconoce la dominación histórica económica, política y cultural entre estados nacionales, producto de la colonización histórica de Europa sobre otros pueblos y sus secuelas de colonialidad en el imaginario social, sino y fundamentalmente, la dependencia que como sujetas y sujetos políticos poseemos frente a procesos culturales y políticos que han sido resultado del capitalismo, la modernidad occidental, la colonización europea y sus procesos de racialización y sexualización de las relaciones sociales, pero también de la heterosexualidad obligatoria [...], de la legitimación del pensamiento único y de la naturalización de la institucionalización de muchas de las prácticas políticas de los movimientos sociales que han creado dependencia y subordinación en torno las políticas del desarrollo y a muchas de las lógicas coloniales de la cooperación internacional [de derecha]” (Curiel, 2014: 316).

se encuentra fuera de la esfera académica, recuperando las aportaciones de las mujeres subalternas, de modo que una contribución sustancial ha sido la recuperación, complejización y reconocimiento de las visiones otras, generadas desde la comunidad. Por ello, para mi investigación, el feminismo decolonial fue una base teórica que me ayudó a hacer una lectura crítica de la negación histórica de los saberes tradicionales de las parteras oaxaqueñas.

1.5 Pedagogías feministas. Violencia obstétrica y violencia epistémica

Dado los propósitos de mi tesis, consideré necesario recurrir a la perspectiva teórica de las pedagogías feministas. Las pedagogías feministas se pueden entender como filosofías y prácticas de enseñanza que se basan en la teoría y acción feminista, que tienen como propósito analizar la educación y hacer propuestas tanto en el ámbito de la educación formal como de la no formal (Martínez y Bernardos, 2018). Éstas son una propuesta contra-hegemónica que tienen puntos de contacto con la pedagogía crítica, sin embargo “ponen en cuestión al sujeto emancipado, que presupone una identidad fija, unificada y homogénea” (s/p).

Para Maceira (2006) citada en Martínez y Bernardos (2018)

La propuesta desde las pedagogías feministas pone en el centro la ruptura de esquemas que impiden la libre realización. No es pedagogía feminista simplemente analizar o incorporar la experiencia de las mujeres en entornos educativos, incluir conocimientos de la historia del feminismo, o la enseñanza llevada a cabo por personas que se autodenominan feministas, si no se acompaña de una transformación desde la raíz, preguntándose por los recursos materiales, subjetivos y simbólicos que se requieren para transgredir las normas hegemónicas (s/p).

Para Martínez (2016) las pedagogías feministas responden a una normalización y socialización de la cultura patriarcal dominante, la cual reproduce el ejercicio de poder de los hombres sobre las mujeres a través de los imaginarios sociales hegemónicos, normalizando las desigualdades basadas en el sexo. La autora cuestiona por qué el desarrollo moderno borró los espacios de las mujeres (poderes, experiencias, saberes) y señala que es a partir de la organización dicotómica del conocimiento, según la lógica del pensamiento abismal que, de

acuerdo con Sousa (2010), produjo exclusiones que no permitieron la comprensión del otro “lado de la línea”.

Con relación a lo anterior, Sousa (2010) explica que, la evolución del pensamiento occidental moderno se basa sobre una diferenciación entre “el universo de ‘este lado de la línea’ y el universo del ‘otro lado de la línea’” (Sousa, 2010: 12). Dicha división excluye y desaparece de la realidad aquello que se encuentra del otro lado de la línea, por lo que este pensamiento abismal se caracteriza por no comprender ambos lados de la línea. Ejemplo de estas dicotomías son lo público-privado, los centros-periferias¹¹ (Martínez, 2016), la categoría racial de Quijano y, por supuesto, la dicotomía hombre-mujer, donde lo masculino está relacionado con poder y superioridad y lo femenino se asocia con la sumisión y dependencia. En este sentido, los aportes de Freire (1975) son sustanciales, pues cuestionan los mecanismos de normalización de las condiciones de opresión y proponen visibilizar las desigualdades para cambiar nuestra realidad; en este sentido las pedagogías feministas toman en cuenta la propuesta liberadora de Freire (1975).

En esta perspectiva, siguiendo a Crabtree (2009) citado en Troncoso, Follegati y Stutzin (2019) indican que:

el campo de las pedagogías feministas da cuenta de un conjunto de discusiones en torno a las prácticas de producción y legitimación del conocimiento, además de abordajes particulares de contenidos, objetivos y estrategias de enseñanza y aprendizaje cuya finalidad está siempre enfocada en el cambio y la justicia social (6).

En relación, Martínez (2016) señala que una práctica pedagógica feminista es una respuesta a las barreras y narraciones androcéntricas. Cita a Monhanty (2008) para sustentar la necesidad de recuperar y valorizar los saberes subalternos emergentes desde las fronteras o periferias.

Particularmente importante, para este estudio, es el feminismo decolonial, de acuerdo con Curiel (2018), esta perspectiva propone una reinterpretación de la historia hegemónica, visibilizando miradas, conocimientos y experiencias “otras”. Esta teoría, nos permite comprender los diferentes tipos de discriminación que sufren determinados grupos de

¹¹ Los conceptos de “centros” y “periferias” fueron propuestos por Raúl Prebisch para pensar el capitalismo como un sistema mundial diferenciado y así mostrar la nueva mundialidad del capitalismo (Quijano, 2007).

personas, como las mujeres (negras, latinas o indígenas) en diferentes contextos, partiendo de la imbricación de las opresiones, es decir, que el racismo, sexismo, clasismo se entienden como una episteme de la modernidad-colonialidad. Muestra de la importancia de un enfoque feminista decolonial, para mi investigación, es el cruce entre la violencia obstétrica y la violencia epistémica, dónde se ponen en relación la categoría de la etnia, en el sentido de identidad cultural y epistemológica -es decir, relativa a los saberes- y la división sexual (hombre-mujer).

La violencia obstétrica se entiende como la apropiación de la cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre la cuerpo y la sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. Se expresa en la alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, como practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (Bellón, 2015).

Con el término de violencia epistémica me refiero a la negación de los saberes “otros”, como aquellos de las comunidades originarias (Spivak, 1994; Sousa Santos, 2010). Siguiendo a Pulido (2009) la violencia epistémica se manifiesta en el esfuerzo de la cultura occidental de posicionarse por encima de las culturas “otras” y de imponer esta mirada como la única forma de entender el mundo. Ésta se relaciona con el binomio saber-poder descrito por Foucault, que tiene que ver “con los temas relativos a la producción y la manera que tiene el poder de apropiarse y condicionar [el] conocimiento” (Pulido, 2009: 175), por lo que refleja las diferentes formas de descalificar las representaciones de saber que surgen desde otros paradigmas.

La violencia obstétrica se puede interpretar como una manifestación de la violencia epistémica. A lo largo de mi trabajo identifiqué dos formas de violencia epistémica: el desplazamiento de los saberes de las parteras en la construcción del saber médico-científico, que se nutrió de la profesionalización de la medicina a la que accedían mayoritariamente varones (en Europa del siglo XIX) y que tiene como antecedente la caza de brujas (Ehrenreich y English, 2006) -explicado en el último capítulo de este trabajo-; y la institucionalización de

los servicios de salud, que en un principio excluyó los saberes de las medicinas tradicionales y las parterías tradicionales, que paulatinamente ha reconocido e incluido a las parteras tradicionales (entre otras médicas/os tradicionales), sin resolver, sin embargo, los problemas de discriminación subyacentes.

Desde la crítica feminista, en una sociedad patriarcal, la relación asimétrica hombre-mujer también influyó en la construcción del saber médico-científico¹². Por ejemplo, en el trabajo *El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer* (Ortiz, 2002) se examina de qué manera la dominación del hombre hacia la mujer ha permeado la ciencia en general y las prácticas de salud en particular.

Como evidencia de la construcción androcéntrica del saber médico, Ortiz (2002) presenta de manera histórica las distintas percepciones que se han tenido respecto a la cuerpo de la mujer. Por ejemplo, hasta el siglo XVII, en la medicina, “el cuerpo del varón constituía la norma, el referente y el cuerpo humano por antonomasia” (Ortiz, 2002: 33); de manera espectacular, hasta por lo menos el siglo XVIII, en Europa, se debatía sobre la inferioridad “natural” de las mujeres, frente a la superioridad “natural” de los varones. Así, la premisa de que las cuerpos de las mujeres eran inferiores de manera intrínseca¹³ y la idea de que el cuerpo del varón era el referente único, contribuyó a que la ciencia normalizara y legitimara ideas y prácticas culturales de dominación de la mujer¹⁴.

Una idea central es el hecho de que la reproducción humana no es meramente un proceso biológico, sino que está condicionado por elementos materiales y sociales; por ejemplo, Bellón (2015) señala que, en la sociedad española, la maternidad y el parto han sido elementos fundamentales para definir la feminidad, y el disfrute sexual de la mujer se ha convertido en un tema de control social. También Blázquez (2005) sostiene que las representaciones sociales de lo que es ser mujer, de la maternidad e, incluso, de la fisiología

¹² Muestra de ello son los trabajos de Harding (1996), Haraway (1995), Ortiz (1999) y González García (1999)

¹³ La dominación del varón sobre la mujer es una operación parecida a la descrita por Quijano, en donde los europeos debatían si los “indios” tenían alma. Es decir, donde se cuestiona el *status* de humanidad, y produce una relación que divide a humanos entre superiores/inferiores, humanos/no humanos.

¹⁴ Para la autora “La ciencia médica ha sido construida durante siglos, y casi hasta nuestros días, por varones de estratos sociales medio-altos en países de Occidente” (Ortiz, 2002: 32). Por lo que, un posicionamiento feminista para pensar la epistemología científica implica pensar en un conocimiento situado en su construcción, es decir, un saber localizado y crítico.

femenina, han trascendido a problemáticas de control, medicalización y patologización de los procesos de embarazo, parto y puerperio¹⁵.

De acuerdo con el texto *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica* (Bellón, 2015), la violencia obstétrica es resultado de la intersección entre relaciones de poder y jerarquías de sexo, saberes y clase, que están en disputa por la hegemonía de las prácticas médicas entorno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Apoyándose en otros estudios, la autora afirma que la violencia ejercida por el sector médico está atravesada por actitudes misóginas que imperan en el personal de salud encargado de atender el embarazo, parto y puerperio.

En seguida, ejemplificaré como la violencia epistémica se manifiesta en el contexto mexicano, propio de la investigación.

La partería en México es una práctica antigua utilizada por los grupos originarios; forma parte de la medicina tradicional, la cual ha sido una actividad fundamental para los pueblos. Actualmente esta práctica no se limita a las áreas rurales, sino también en las urbanas.

Las prácticas ancestrales de parto se encuentran en peligro de desaparecer a partir de la implementación de la medicina occidental como modelo hegemónico de atención a los procesos reproductivos de las mujeres -entre otros factores, como se explorará en el capítulo 5-. Por ejemplo, a principios de este siglo, México firmó los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, con lo cual asumió diversos compromisos entre los que se encuentra la reducción de la muerte infantil y la mejora en la salud materna, con lo cual adoptó como estrategia principal la atención de todos los partos en hospitales (Villanueva y Freyermuth, 2018). Prueba de la expansión del parto hospitalario es el hecho de que el 96% de partos en México

¹⁵ La autora muestra que el modelo de atención médico institucional está sustentado en una ideología basada en determinadas representaciones sociales respecto a la reproducción humana, en la que destaca tres miradas sobre ésta: a) como un proceso fisiológico; b) patológico y; c) productivo. De acuerdo con la autora, el embarazo, parto y puerperio visto como un proceso fisiológico, es un proceso natural y normal, en donde se le otorga a la mujer el papel protagónico, junto con sus redes afectivas para llevar a cabo estos procesos, y se justifica la atención sanitaria sólo en caso de riesgo. Mientras que, desde la mirada de lo patológico, se ha defendido la idea de equiparar estos procesos con enfermedad y por ello se justifica la medicalización y el control médico. Este enfoque tiene una construcción histórica, desde la cual el feminismo ha comprobado cómo se ha construido la representación de la cuerpo como inferior, patológica o defectuosa. Por último, la mirada productiva equipara los procesos de reproducción con producción; y el contexto hospitalario es comparado con una fábrica (Blázquez, 2005).

son atendidos en hospitales, los cuales no siempre tienen los recursos suficientes ni materiales ni financieros, o el personal no se da abasto (Atkin *et al*, 2015).

La violencia obstétrica se agudiza a la hora de considerar la situación de las mujeres de las comunidades originarias; por un lado, por la discriminación que sufren como mujeres e indígenas y, por el otro, por la discriminación epistémica que sufren los saberes de las parteras tradicionales y sus prácticas. De hecho, como mencioné en el anterior apartado, aunque existe un marco normativo que defiende los saberes tradicionales, en la práctica, el saber médico tradicional y la partería siguen siendo discriminados y subordinados a la medicina alópata y a la autoridad de los médicos (Campos, Peña y Maya, 2017).

Lo anterior, revela la necesidad de contribuir al reconocimiento de la partería tradicional, como cuerpos de conocimientos complejos y funcionales que pueden fomentar prácticas de respeto y de sensibilización de los derechos reproductivos.

1.6 Saberes tradicionales y violencia epistémica

Los sistemas tradicionales de conocimiento de las comunidades originarias refieren a una tradición epistemológica que tiene sus orígenes en la cosmogonía y la cosmovisión de los pueblos originarios. Rosa (2020-2021) no aborda el término “tradicional” desde una perspectiva abismal, según la cual lo tradicional se entiende como lo que antecede a la modernidad y la obstaculiza. En la lógica abismal descrita por Sousa, en la modernidad, que divide el mundo entre lo que está de este lado de la línea (lo que es) y lo que está en el otro lado de la línea (lo que no es), el saber tradicional es descalificado ya que no se considera como saber “verdadero”, al no cumplir con lo establecido por los cánones de la filosofía y de la ciencia moderna. Por esto, en muchos casos, los saberes tradicionales son percibidos como sinónimo de atraso, ignorancia, superstición.

Retomando los aportes de Zolla (2005), Rosa (en prensa) se refiere a los saberes tradicionales como matrices, a veces más generales, a veces más detalladas, de formas ideológicas del pasado precolombino que, lejos de ser anticuados, siguen siendo importantes para la cultura material y espiritual de muchas sociedades contemporáneas (Rosa, 2020-2021). En este sentido Rosa (2020-2021) defiende el término tradicional como una reivindicación político-epistémica que “se basa en otra historia y en ‘otro progreso’; que depende de cosmogonías y cosmovisiones diferentes que implican e incluyen valores,

creencias, mitos, rituales” (3). Como señala Padilla (2012) la cosmovisión puede ser entendida como un sistema de ideas o “una concepción o visión del mundo que contiene significados insertos en su cultura que corresponden al tipo de civilización al cual pertenecen” (1). Y estas características para nada reflejan una mirada obsoleta de la vida, por el contrario, representan otra manera de experimentarla. Los ST, en este sentido, no deben entenderse como saberes del pasado, sino como expresiones dinámicas de la percepción y de la comprensión del mundo, funcionales en la actualidad, y que pueden aportar contribuciones importantes; por ejemplo, pueden representar una valiosa colaboración sobre los temas vinculados al cuidado medio ambiental (Leff, 1998), dada su atención al respeto de la naturaleza.

Valladares y Olivé (2015), analizando las definiciones de saberes tradicionales de diversas publicaciones “respaldadas por organizaciones como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Comunidad Andina (CAN), la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), el Convenio sobre la Diversidad Biológica (CDB), la Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza (UICIN)” (77), afirman que los conocimientos tradicionales tienen como características: 1) la dimensión práctica, 2) el arraigo territorial, 3) el carácter colectivo, 4) el linaje u origen histórico, 5) el dinamismo intergeneracional, 6) el valor económico y socio-ambiental, 7) el carácter oral-lingüístico, 8) la matriz cultural y 9) la expresión de un derecho colectivo. Aunque reconocen que dichas características no son exclusivas de los saberes indígenas, ya que también se pueden encontrar en la ciencia. En relación señalan que:

Los conocimientos tradicionales se pueden entender como aquellos conocimientos que han sido generados, preservados, aplicados y utilizados por comunidades y pueblos tradicionales, como los grupos indígenas de América Latina, que constituyen una parte medular de las culturas de dichos pueblos, y tienen un enorme potencial para la comprensión y resolución de diferentes problemas sociales y ambientales. Su procedencia no-científica no debería restar legitimidad a dichos conocimientos en la medida en que tanto unos como otros han derivado de prácticas confiables (Valladares y Olivé, 2015: 69).

Con base en lo mencionado, por conocimiento tradicional indígena se entiende:

un conjunto acumulado y dinámico de saber teórico, experiencia práctica y representaciones que poseen los pueblos indígenas o comunidades locales que tienen una historia antigua de interacción con su medio natural, enmarcándolo como una posesión vinculada al lenguaje, las relaciones sociales, la espiritualidad y una visión colectiva del mundo (Guzmán-Rosas y Kleiche-Dray, 2017: 298).

Es decir, los conocimientos tradicionales comprenden el amplio y complejo *corpus* de saberes que abarca todos los ámbitos de la vida cotidiana, desde los más prácticos, como la agricultura, la ganadería, la producción de alimentos, la artesanía, la medicina, la preservación de los recursos biológicos, del medio ambiente, la organización política, hasta los más abstractos, relativos a la cosmovisión, las filosofías, la espiritualidad.

Los saberes tradicionales se pueden distinguir de los saberes escolares, principalmente porque los primeros suelen transmitirse mayormente en la práctica, o de forma tácita y de manera oral; mientras que el conocimiento escolar es principalmente explícito y se basa en los textos escritos. Con base en investigaciones sobre la gestión organizacional del conocimiento, Valladares y Olivé (2015) distinguen dos perspectivas del conocimiento. Basándose en Jensen, Johnson, Lorenz y Lundvall (2007), identifican “dos modos ideales de aprendizaje e innovación” (67), llamados así por sus siglas en inglés: STI (*Science, Technology and Innovation mode*); y DUI (*Doing, Using and Interacting mode*). Los STI se refieren a los conocimientos científicos y técnicos o tecnológicos, y suelen ser explícitos y codificados, priorizando el “saber qué” y “el saber por qué” (67). Por su parte, los DUI se distinguen por ser principalmente tácitos o implícitos, enfatizando el “‘saber cómo’ y el ‘saber con quién o dónde’” (67). Los autores utilizan dos categorías de análisis sobre la gestión del conocimiento: la perspectiva objetivista y la perspectiva basada en la práctica.

la perspectiva objetivista del conocimiento asume que el conocimiento es una entidad objetiva que se puede codificar mediante procesos cognitivos e intelectuales y en la que claramente se distingue entre lo tácito y lo explícito, la perspectiva basada-en-la-práctica enfatiza que el conocimiento se constata en la práctica y que hay un continuo entre lo tácito y lo explícito; esto último significa que el conocimiento no es una entidad objetiva separada del sujeto y separada de la acción humana, sino que se trata de una práctica humana social y culturalmente constituida (Valladares y Olivé, 2015: 70).

Desde la perspectiva objetivista: a) el conocimiento está objetivamente definido; b) es posible analizar diferentes tipos dicotómicos de conocimiento; c) el conocimiento puede ser explícito o tácito; d) el conocimiento puede convertirse de explícito a tácito y viceversa; y, e) el conocimiento puede transferirse a través de textos codificados. La perspectiva basada en la práctica tiene como características: a) que se construye socialmente y tiene como principio la experiencia; b) es posible analizar las interacciones participativas, y no sólo los tipos de conocimiento; c) todo conocimiento es, en parte, tácito; d) no todo conocimiento puede explicitarse; y, e) el conocimiento se transfiere principalmente en el aprender haciendo, es decir, en la participación en los procesos (Valladares y Olivé, 2015). Enfatizando nuevamente en que dicha categorización no es exclusiva, esto quiere decir que tanto los conocimientos científicos y escolares como los tradicionales se nutren de distintas prácticas sociales e incluyen distintas dimensiones de saber y de aprender.

Como señala Pérez-Ruiz (2016), la relación entre conocimientos de los pueblos originarios o indígenas y el saber occidental -donde con este último término me refiero al conjunto de conocimientos que surge con la filosofía y la ciencia moderna y que se transmiten en las instituciones educativas - ha sido conflictiva desde la colonización. Con ésta se impuso una dominación epistémica que llevó (Sousa Santos y Meneses, 2014) a la destrucción física de saberes propios de los pueblos originarios (por ejemplo, los códigos precolombinos y los *quipus*), y a la imposición del sistema cognitivo basado en los conocimientos de la naciente ciencia moderna.

Dicha dominación perdura hasta la actualidad, produciendo un tipo de violencia que autores como Spivak (1994) y Sousa Santos (2010) han definido “epistémica”, la cual ya no es solamente material, sino también simbólica, es decir, tiene que ver con la negación y desvaloración de otras formas de conocer y la subordinación de los conocimientos otros bajo una sola perspectiva de validación. Respecto a esto Pulido (2009) refiere a que la violencia epistémica

constituye una serie de discursos sistemáticos, regulares y repetidos que no toleran las epistemologías alternativas y pretenden negar la alteridad y subjetividad de los otros de una forma que perpetúa la opresión de saberes y justifica su dominación. Esto es, violencia ejercida por regímenes autoritarios a través de la represión epistemológica ejercida sobre los otros mediante la denigración e invalidación de sus propios saberes a partir de determinados

sistemas discursivos universales que representan y reinventan para sí mismos. En un marco colonial (neo- o post-colonial) esta violencia funciona para condenar el saber y las prácticas de los pueblos indígenas a una existencia epistémica derivada y sometida, condena que se produce a través de estrategias como la contraposición entre formas indígenas de saber y saber científico, que es supuestamente el más verdadero; el equiparar la alteridad con la ignorancia; o el ocultar, negar y vaciar las formas indígenas de saber de cualquier significado legítimo, y calificarlas a continuación de ser infantiles o supersticiosas (Pulido, 2009:178).

Retomando los aportes de Foucault (2007) la ciencia se legitima como una verdad universal que parte desde la racionalidad moderna, negando los conocimientos de las culturas que se basan sobre otra cosmovisión; convirtiéndose en un sistema incuestionable con “el poder institucional y la legitimidad social para administrar y regular la vida”¹⁶ (Foucault, 2007 citado en Bellón, 2015: 99). De acuerdo con Sousa Santos (2010) “el carácter exclusivista de este monopolio se encuentra en el centro de las disputas epistemológicas modernas entre formas de verdad científicas y no científicas” (12).

En esta perspectiva, García (2014) citado en Valladares y Olivé (2015), refiriéndose al trabajo de Sousa Santos, señala que el desplazamiento de los saberes indígenas se ha dado bajo cinco lógicas:

- 1) la *monocultura del saber científico* como único saber válido y riguroso; 2) la *monocultura del tiempo lineal*, según la cual la historia tiene un sentido y dirección únicos que se reflejan en las ideas de progreso, revolución, modernización, desarrollo, crecimiento y globalización; 3) la *lógica de la clasificación social o naturalización de las diferencias*, es decir, de la distribución de las poblaciones por categorías que naturalizan -y ocultan- jerarquías; 4) la

¹⁶ Lo anterior está relacionado con el concepto de biopoder, término acuñado por Foucault (2007), el cual da cuenta de un mecanismo de poder empleado por los estados capitalistas modernos para disciplinar a la sociedad a través de las instituciones. “El biopoder”, tal como fue formulado por Foucault (1975), es un mecanismo de poder aplicado por los estados capitalistas modernos para controlar a las multitudes. El control no se ejerce ya por un soberano individual con poder para matar a sus súbditos, sino por otras formas más sutiles de coerción. Foucault argumenta que a través de distintos mecanismos de biopoder, el control de la población puede administrarse como algo racional y acordado por consenso. Sólo para nombrar algunos aspectos, el estado moderno es capaz de controlar los hábitos de salud de la población, sus prácticas de reproducción, los comportamientos sexuales y también define los parámetros de bienestar. En este contexto, los hospitales se convierten, utilizando el léxico de Foucault, en una de las más importantes “instituciones disciplinarias” desde donde el biopoder es administrado” (Bellón, 2015: 99).

lógica de lo universal y lo global como escala dominante y; 5) la *lógica productivista* y de crecimiento económico -capitalista- (Valladares y Olivé, 2015: 64).

La conceptualización en torno a los saberes tradicionales es central para mi trabajo, a consecuencia de que tanto médicas/os tradicionales como parteras, han sufrido históricamente la negación de sus saberes a través de la persecución de su práctica, en particular las mujeres consideradas brujas (Ehrenreich y English, 2006). Paralelamente, la profesionalización de la medicina bajo la hegemonía del saber biomédico, en el siglo XIX en Europa, como se verá, ha llevado a una deslegitimación y subordinación de la medicina tradicional. A pesar de que actualmente se ha avanzado en el reconocimiento de las medicinas tradicionales en las políticas de salud pública, todavía se pueden observar algunos prejuicios en torno a la MT, como el estigma de las médicas tradicionales, que perdura hasta la actualidad, en la consideración de los saberes tradicionales como conocimientos mágicos y ligados a la superstición.

1.7 Medicina y partería tradicional

La medicina tradicional tiene raíces ancestrales que se vinculan con las comunidades indígenas anteriores a la llegada de los españoles a América.

Zolla (2005) define la MT en México “como un sistema de origen prehispánico integrada por conceptos, creencias, prácticas, recursos materiales y simbólicos, utilizados para atender padecimientos y procesos desequilibrantes” (Zolla, 2005 citado en Guzmán-Rosas y Kleiche-Dray, 2017: 299). Almaguer, Vargas y García (2014), también definen la medicina tradicional como “la concreción de un cúmulo de saberes en torno a la salud y enfermedad que los pueblos indígenas de nuestro país han acopiado y organizado a lo largo de los milenios” (137).

Cabe aclarar que al hablar de medicina tradicional no ayudaría mucho buscar una definición única que abarque a todas las diversas tradiciones, dado que, aunque, como sostiene López Austin (2001), las comunidades indígenas mesoamericanas aún comparten un “núcleo duro” (López Austin, 2001) de elementos de la cosmovisión, no existe una única cultura ni medicina tradicional: cada grupo indígena mantiene sus peculiaridades respecto a

éstas. No obstante, se pueden identificar algunos elementos en común que se presentan como características o principios generales que aún son vigentes en la contemporaneidad.

En esta perspectiva, Castañeda, Orozco y Osorio (2008) citando a Zolla, consideran la medicina tradicional como “un sistema de conceptos, creencias, prácticas y recursos materiales y simbólicos destinado a la atención de diversos padecimientos y procesos desequilibrantes” (4), que tiene su origen en las culturas prehispánicas y que, “más recientemente”, ha estado en interacción con otras medicinas como la española, africana y la medicina moderna.

A pesar de dichos contactos, la medicina tradicional mantiene algunos principios epistémicos fundamentados en la relación entre cosmogonía y cosmovisión precolombina. Refiriéndose en concreto a la medicina maya -pero aludiendo a que pueden ser elementos compartidos entre otras culturas tradicionales-, Rosa (en prensa) señala que, entre los principios epistemológicos que están en la base de la medicina tradicional se pueden identificar los siguientes: a) la interrelacionalidad y reciprocidad, que se refieren a las relaciones de interdependencia entre los seres humanos, la naturaleza y el cosmos; b) la relación de continuidad entre naturaleza-cultura y mente-cuerpo-ambiente, en oposición a la visión occidental que separa la mente del cuerpo y la cultura de la naturaleza; c) lo sagrado como matriz constitutiva y meta-contexto, que tiene que ver con la dimensión intrínseca de lo sagrado en casi todos los ámbitos de la vida, y; d) la responsabilidad social que tienen quienes poseen el don de la sanación, pues éste es manifiesto de la autorización, social o divina, para sanar.

“La visión del universo como una totalidad interconectada” (Castañeda , Orozco y Osorio, 2008: 5), según la cual cuerpo, mente y espíritu están en conexión con el universo, se refleja en el quehacer de las curanderas y los curanderos, que está guiado por la idea de que “el mundo de lo ‘humano’ es frecuentemente un microcosmos que refleja el universo natural, social y sobrenatural; siendo el medio físico y las relaciones humanas factores determinantes en la causalidad de numerosas enfermedades” (12). La enfermedad, en esta perspectiva, deriva de un desequilibrio. De acuerdo con las autoras, entre las causas de enfermedad se contempla el comportamiento individual, las relaciones sociales, ambientales y espirituales, así como desórdenes alimenticios o alteraciones de la fuerza que pueden llegar a romper dicho equilibrio (Castañeda, Orozco y Osorio, 2008).

La complejidad de causas que pueden provocar la enfermedad se refleja en las maneras de entender el término curandera y curandero en las comunidades originarias, cuyo significado es más amplio respecto al concepto de la medicina occidental; pues su labor tiene que ver con conocimientos que rebasan aquellos del médico alópata, en el sentido de que el conocimiento del médico es especializado, mientras que las habilidades que se esperan de un curandero y de una curandera no tienen que ver solamente con la sanación de las enfermedades de la cuerpo, sino abarcan también lo social, lo espiritual, lo ritual. Añadiendo que las y los terapeutas tradicionales (curanderas, parteras, yerbateras, hueseras, rezanderas, chamanas, etcétera) pueden ser también autoridades religiosas o civiles (Castañeda, Orozco y Osorio, 2008), y entre sus habilidades se pueden contemplar técnicas de cultivo y el conocimiento del clima.

La medicina tradicional se mueve en un marco muy diferente. Se encuentra inserta en el ámbito local y en algunos casos, regional. Su espacio de acción y de sustento es la comunidad. La comunidad la reconoce, la resguarda, la utiliza, la retroalimenta, la nutre de nuevos terapeutas. En su entorno, se colectan los insumos terapéuticos que utiliza. El ambiente que rodea a la comunidad es partícipe de las relaciones que se establecen con la naturaleza y sus divinidades. Desde la medicina tradicional, siempre se está en búsqueda de un equilibrio, coherente con la cosmovisión holística existente sobre la salud y la enfermedad (Almaguer, Vargas y García, 2014: 137).

Los conocimientos de las curanderas/os o médicas/os tradicionales de los grupos indígenas están basados en tradiciones milenarias, que se han mantenido gracias a la transmisión intergeneracional. En los grupos originarios, antes de la colonización, la partera tenía un papel esencial en la atención a la salud. Las médicas se encargaban “de las mujeres embarazadas, y realizaban ciertos actos de ceremonias vinculados al sistema de creencias, ofreciendo a los recién nacidos a los dioses y atendiendo la celebración de los primeros ritos de la vida” (Carrillo, 2012: 60).

En la cultura azteca, por ejemplo, los procesos de parto estaban a cargo de la *Tlamatquiticitl*¹⁷, y sus labores iniciaban cuando la mujer embarazada le solicitaba ayuda;

¹⁷ La Tlamatquiticitl era la partera para los aztecas.

entonces continuaban unas citas regulares a las casas y brindaba orientación antes del parto. La costumbre era que se quedara en el hogar de la parturienta por cuarenta días, y las labores principales eran los baños de temazcal, el acomodo del feto y atención a la mujer y al bebé (Carrillo, 2012).

J. Rubel y H. Browner (1999) con base en una revisión de distintos documentos sobre temas de la salud en Oaxaca, distinguen entre dos tipos de médicos tradicionales: aquellos que emplean hongos alucinógenos, utilizan el “*tonalamatl* (ritual calendario), mediante la echada de granos de maíz” (88), y por estos medios recibían los conocimientos de curación, y las médicas que llegaban a sus saberes a través de sus prácticas, como las parteras, yerbateras y sobadoras. La distinción tiene que ver, entre otros aspectos, con los procesos de aprendizaje de las/os médicas/os; las médicas empíricas aprendían observando a otras miembros de su familia y practicando, mientras que las curanderas lo hacían a través de los sueños o rituales. Además, de acuerdo con Tamayo (2016), y como veremos también en el capítulo 4, está presente un elemento central que es el don, el cual hace referencia a la vocación para poder desempeñar la labor de partera.

En una investigación realizada en la comunidad chatina en el estado de Oaxaca, se hace referencia a las distintas enfermedades que pueden padecer las mujeres *na tana* (embarazadas). Por ejemplo, el *chío* que puede manifestarse en cualquier parte de la cuerpo, en forma de manchas blancas o negras, y es causado por algún antojo que haya tenido antes del parto y que no lo haya satisfecho. Lo que puede causar que le salga una mancha a la recién nacida/o en forma del alimento del antojo (Gómez, 2010). Se cree que, durante la etapa de embarazo y puerperio, tanto la mujer como el feto, y después la persona recién nacida, corren diferentes riesgos relacionados con fenómenos celestes y atmosféricos (como eclipses y cambios de clima), así como enfermedades relacionadas a nivel social.

Entre las enfermedades vinculadas a fenómenos naturales están: la maldición del eclipse (cuando hay un eclipse solar o lunar, la embarazada no debe salir para procurar el bienestar del feto), la enfermedad de los frutos prohibidos (algunos frutos que no debe ingerir durante su etapa gestante), la del antojo y la enfermedad del calor de la partera¹⁸. Respecto a

¹⁸ El mal del calor de la partera se refiere a que la partera no puede preocuparse o enojarse, tampoco puede relacionarse afectivamente con su pareja, ni estrechar la mano de otra persona el día del parto, pues esto puede ocasionar pasar calor al bebé y que se vuelva enfermizo (Gómez, 2010).

las relacionadas a nivel social están: el calor de la embarazada hacia las/os niñas/os¹⁹ y el calor de los familiares de la persona recién nacida, el cual consiste en que en el momento del parto no deben enojarse o pelear los familiares, sobre todo no deben ofender a la abuela de la futura nacida/o, pues esto último puede complicar el parto u ocasionar varias enfermedades posteriores a la nacida/o; para curarse deben hacer una ceremonia para reconciliarse o pedir perdón a la persona ofendida (Gómez, 2010). De acuerdo con la autora, en la comunidad chatina se puede distinguir a médicas que curan a través del pulso. Señala que el pulso va acompañado del espanto, y éste puede ser provocado por una emoción muy fuerte como un enojo o miedo. La curación de pulso con espanto depende de cómo se haya generado (con qué se haya asustado).

En la comunidad chatina, el espanto tiene una relación con el binomio frío-caliente. El espanto se asocia con el frío y con el aire que entra al organismo provocando su desequilibrio a nivel emocional y físico, por lo que la cura está asociada con proporcionar calor a través de hierbas e infusiones para recuperar el equilibrio del alma (Gómez, 2010).

Entre las médicas tradicionales de la comunidad chatina, Gómez (2010) señala que existen hueseras, curaderas de copal, yerbateras, curaderas de la fruta de la virgen y curaderas con hongos alucinógenos. También muestra que, de manera general, las/os curaderas/os suelen tener un altar hacia donde sale el sol, pues es el lugar de la vida y de Dios, aunque en ocasiones su práctica curativa no la realizan frente al altar, sí lo hacen pensando en Dios e imaginándolo. Antes de realizar cualquier actividad curativa piden permiso al lugar y a Dios para poder ejercer. También saben distinguir entre las enfermedades que pueden curar y de aquellas que requieren atención alópata.

En la medicina tradicional, es decir, desde la visión indígena son fundamentales los seres cuidadores de la naturaleza, por ello, Almaguer, Vargas y García (2014) destacan a los “dueños”, divinidades protectoras, *chaneques*, *achanes*, *aluxes* o duendes, como elementos sustanciales de la cosmovisión indígena que hay que respetar, pues de la relación armónica con estas entidades dependerá el bienestar individual, de la comunidad y de la naturaleza.

Dado que la medicina tradicional es un componente de identidad cultural, el abordaje conceptual de todos los elementos que convergen en los procesos de curación-enfermedad

¹⁹ Si llega una embarazada a una casa y hay un/a bebé la mujer le debe poner saliva en la frente o se volverá muy llorón, para curar esta enfermedad le deben amarrar un muñeco en la espalda y cargarlo por unas horas.

no deben tratarse de forma aislada ni independiente, ya que perderían su significado, coherencia y lógica al ser descontextualizados o separados, convirtiéndose en elementos folklóricos (Almaguer, Vargas y García, 2014).

1.8 Aprendizajes de la partería tradicional

Con relación a los procesos de aprendizaje de los saberes relativos a la partería, describiré algunas investigaciones que permiten un primer acercamiento al tema.

El trabajo titulado *Aprendizajes de partería tradicional por mujeres del estado de Puebla* (Caballero, 2018), tuvo como objetivo describir los procesos de aprendizaje de la partería a través del conocimiento de las trayectorias de vida, de modo que se trató de explorar las actividades de las parteras durante las etapas de embarazo, parto y puerperio. La investigación parte de un enfoque cualitativo y utiliza la entrevista a profundidad, historias de vida y notas de campo. La población objetivo fueron tres participantes, mujeres mayores de 64 años que tenían conocimientos y experiencia en la partería. De este documento resalta la conclusión de que el aprendizaje de la partería, aunque se basa en una tradición compartida, es relativo a diferentes experiencias dependiendo del contexto de cada mujer; se pueden encontrar puntos de encuentro o elementos en común en el desarrollo de sus actividades. Por ejemplo, el hecho de que las parteras no se limitan a traer al mundo a la recién nacida o nacido, sino, además, en acompañar, dar fuerza y brindar un espacio de calor²⁰ para las mujeres que van a parir.

De igual forma, en el campo de la pedagogía se han hecho esfuerzos por estudiar las prácticas de las mujeres parteras en México, un ejemplo de esto es la investigación *Conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias. Una aproximación etnográfica* (López, 2016), en la cual se planteó como propósito el reconocimiento de otras formas de enseñar y aprender conocimientos especializados de los grupos indígenas. Este estudio empleó la metodología etnográfica y para ello se utilizó la historia de vida, tomando en cuenta condiciones tales como el contexto histórico, político y lo cultural; buscó comprender los significados y sentidos que dos parteras comunitarias, de los estados de Oaxaca y Chiapas, han construido en su práctica cotidiana. A través de esta investigación se buscó explicar

²⁰ El calor hace referencia al principio de dualidad de frío y calor que es fundamental en la racionalidad tradicional. El calor durante el parto permite que no se enfríe la matriz y se complique el parto.

modos diversos de formación en espacios comunitarios indígenas donde se dan experiencias “otras” de vida, para mostrar la posibilidad de formas diversas de explicar el mundo, de mirarlo, investigarlo y construir conocimientos desde otras racionalidades. A partir de esto, los saberes de estas parteras comunitarias se caracterizan por su relación entre espíritu y cuerpo, diferente de las nociones producidas por el sistema biomédico, que se basa exclusivamente sobre el estudio racional del cuerpo. Esta investigación se pregunta ¿cómo se construyeron sus conocimientos y cómo se hicieron parteras? Se encontró que “Los métodos de aprendizaje son la observación directa, aprender haciendo, con base en el ejemplo, escuchando el tiempo que sea necesario, reflexionando su práctica, palpando (sintiendo) con las manos y manteniendo empatía con las personas a quienes acompañan” (López, 2016: 156). La autora señala que los conocimientos pedagógicos de las parteras se caracterizan por ser

sistematizados y ya comprobados por las parteras mismas, si bien su abstracción no se refleja en un escrito, sí se refleja en su práctica y en su decir para sanar. Cuando comparten dichos conocimientos reflexionan sobre su seguridad o no para el proceso materno de la mujer y antes de implementar alguna terapia o usar alguna planta medicinal se aseguran de su efectividad y de sus posibles consecuencias (López, 2016:158).

Respecto a los procesos de enseñanza, la autora señala que se puede evidenciar que las parteras retoman las estrategias de la educación popular, ya que coordinan distintos talleres y por ende sistematizan sus propias formas de enseñar, y “es así como la educación popular se convierte en un referente de su formación y acción actual” (López, 2016: 157). También, las parteras comparten sus conocimientos y saberes en espacios restringidos de participación social a partir de sus referentes históricos-políticos, de su historia personal y su historia como pueblo.

Caballero (2018), con base en su investigación realizada en Puebla en 2017, sostiene que el aprendizaje varía con base en el contexto y las experiencias de cada una. Encontró que, de las tres parteras que colaboraron en su investigación, una de ellas aprendió de su abuela, mientras que las otras dos aprendieron en casos de emergencia. Para contrastar los datos que emergieron de su investigación, Caballero, cita a Hincapié y Valencia (2000) quienes señalan que el 40% de parteras que participó en otro estudio aprendió la práctica de

algún familiar, el 27% aprendió acompañada de alguna partera mientras ejercía su oficio y el 31% aprendió atendiendo un caso de urgencia o atendiéndose a ellas mismas sus partos. Lo anterior permite afirmar que los procesos de aprendizaje de la partería no responden a una norma generalizada, sino están vinculados con las condiciones específicas del contexto y las experiencias propias de cada una de las parteras.

Por otro lado, en el trabajo *Las parteras tradicionales Zoques de Ocoatepec, Chiapas; y su relación con la medicina oficial* (Tamayo, 2016), realizado en el período de 2006 y 2010, se estudió la relación entre la medicina oficial con el saber tradicional de las parteras. Las conclusiones a las que se llegó a través de esta investigación son que la medicina tradicional de las parteras de la comunidad de Ocoatepec se caracteriza por ser “holística [...] que compone mente, cuerpo, alma y sobre todo forma parte importante ‘el amor’” (Tamayo, 2016: 135). Además, se entrevistó a mujeres embarazadas, las cuales indicaron que el papel de las parteras va más allá de la atención por falta de servicios médicos, “sino por los elementos yuxtapuestos en la atención holística y el saber mágico religioso que utilizan en los cuidados de la embarazada, desde la etapa de la concepción-embarazo-parto-puerperio” (Tamayo, 2016: 137). En este sentido, el papel de las parteras es fundamental, ya que no sólo se encargan de los cuidados de la persona recién nacida, sino también de las embarazadas y consideran que deben llegar sanas de forma integral.

En esta misma línea, Rosales (2018) realiza un trabajo donde analiza la necesidad de generar un diálogo intercultural entre parteras mayas del estado de Yucatán y el personal médico dedicado a la atención del embarazo y parto, dando cuenta de la importancia de recuperar y proteger los saberes tradicionales respecto al cuidado de la salud reproductiva de las mujeres. De acuerdo con su análisis, las prácticas de atención al embarazo y parto de ambos sistemas de salud (institucional y tradicional) son diferentes en muchos aspectos. La cosmovisión de los pueblos (en este caso el maya) contempla una profunda relación entre la reproducción biológica y la reproducción de la tierra, prueba de ello es la creencia de que la placenta es considerada como un órgano íntimo y tiene una relación con la próxima fecundidad de la mujer, además de influir en el destino de la persona recién nacida, es decir, existe una conexión entre humanidad-naturaleza (Rosales, 2018).

Por otro lado, la autora señala como el principal problema en torno a la atención del parto de las mujeres indígenas (mayas), el hecho de que el personal médico no conoce el

idioma maya, ni la complejidad cultural respecto a las concepciones de cuerpo y enfermedad, o la concepción del dolor corporal que tienen los pueblos mayas. Entre las principales causas por las que las mujeres no quieren asistir sus partos en hospitales o clínicas, se encontró lo siguiente:

a) el personal médico y de enfermería no conoce ni respeta las prácticas prenatales y postnatales de la población indígena [...] b) el personal de salud no toma en cuenta las opiniones de las mujeres al aplicar ciertas prácticas de la medicina institucional, como cesáreas, episiotomías [...] c) en este contexto cultural, las mujeres embarazadas y parturientas sienten incomodidad y vergüenza si son atendidas por médicos varones; d) la mayoría de las mujeres de la comunidad son maya-hablantes que no encuentran interlocutores, ya que son atendidas por residentes de Medicina monolingües [...] (Rosales, 2018: 58).

Por último, es importante mencionar que la relación entre la medicina tradicional y la medicina institucional u occidental ha sido conflictiva. Experiencias como las descritas por Güémez (1997) respecto a la articulación de los saberes de las parteras de Yucatán y los médicos alópatas, visibilizan la violencia obstétrica y la discriminación que siguen padeciendo las mujeres mayas en los hospitales.

La relevancia del presente trabajo está justificada, de alguna forma, en este conflicto, pues se propone que haya un diálogo de saberes que permita a todas las mujeres la atención al embarazo, parto y puerperio libre de violencia obstétrica y epistémica, y decidir de forma libre e informada sobre la propia cuerpo.

CAPITULO 2. METODOLOGÍA

En el siguiente apartado se describirá la construcción de la investigación y de las herramientas metodológicas que se emplearon. Como mencioné anteriormente, el objetivo central fue explorar los procesos de aprendizaje de los saberes tradicionales de algunas parteras de distintas comunidades de la Sierra Juárez en el estado de Oaxaca. Para realizar la investigación se optó por un enfoque cualitativo y el nivel de profundidad fue descriptivo-interpretativo. La pregunta eje fue ¿cómo son las pedagogías involucradas en los procesos de (re)producción de los saberes tradicionales de partería?

La naturaleza de la indagación me llevó a asumir una postura etnográfica, reconociendo que, si bien la etnografía, según la perspectiva tradicional, solicita un largo trabajo de campo, también se puede entender como una estrategia de investigación enfocada (Knoblauch, 2005). Así, recurrí a la cuasi-etnografía o micro-etnografía (Silva y Burgos, 2011), desde la cual se propone que “en un tiempo mínimo es posible generar un conocimiento suficiente” (87), centrándose en el estudio de fenómenos o actividades particulares. En esta perspectiva, los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron las entrevistas, pero también me apoyé en las pláticas informales y las observaciones que registré en mis notas de campo.

El trabajo de campo se realizó en la Sierra Juárez, ubicada en la Sierra Norte en el estado de Oaxaca. Se entrevistaron a seis mujeres pertenecientes a las comunidades de Ixtlán de Juárez, San Miguel Amatlán, Capulálpam de Méndez y Santa María Jaltianguis. De modo que la población en la que me centré fueron mujeres que tuvieran conocimientos sobre la medicina tradicional y en específico sobre la partería.

El objetivo general fue explorar cómo se dan los procesos de aprendizaje de los conocimientos tradicionales de las parteras. Así, los objetivos específicos fueron: a) identificar a las mujeres de la comunidad que tienen conocimientos tradicionales de medicina; b) analizar los conocimientos tradicionales de las mujeres con relación al parto en la comunidad; c) entender cómo se aprenden los conocimientos tradicionales medicinales; d) examinar la articulación entre los saberes tradicionales y los conocimientos médico-científicos.

2.1 Enfoque cualitativo

A continuación, delinearé la metodología de la investigación y trataré de explicar brevemente algunos elementos que aclaren qué conlleva la exploración de corte cualitativo.

Para Strauss y Corbin (2002) “una metodología, [es] una manera de pensar la realidad social y de estudiarla” (12). Proporciona “un sentido de visión, de adónde quiere ir el analista con la investigación. Las técnicas y procedimientos (el método), [...] proporcionan los medios para llevar esta visión a la realidad” (Strauss y Corbin, 2002: 17).

Ahora bien, la investigación cualitativa, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010), presenta, entre sus características, la exploración de los fenómenos en profundidad, enmarcados en su ambiente normal o natural, en el cual se pueden analizar diferentes realidades subjetivas; de modo que este enfoque profundiza en los significados construidos por las personas. Por ello, entre los principales elementos de la investigación cualitativa está: la interpretación, la contextualización de los fenómenos y el entendimiento en profundidad de los significados producidos.

De acuerdo con los autores, la investigadora que parte del enfoque cualitativo se guía por la “premisa de que el mundo social es ‘relativo’ y sólo puede ser entendido desde el punto de vista de los actores estudiados” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010: 11). Con base en esto, la realidad se entiende como el conjunto de los significados generados por las múltiples subjetividades. A diferencia del enfoque cualitativo, la perspectiva cuantitativa está orientada a medir los fenómenos y cualificarlos por medio de la estadística, tratando de analizar la realidad “objetivamente”, para dar resultados generalizados con pretensión de controlar y replicar el fenómeno estudiado. Strauss y Corbin (2002) brindan la siguiente definición en torno al paradigma de investigación cualitativo:

Con él término "investigación cualitativa", entendemos cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación. Puede tratarse de investigaciones sobre la vida de la gente, las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos, así como al funcionamiento organizacional, los movimientos sociales, los fenómenos culturales y la interacción entre las naciones (19).

La investigación cualitativa también exige seriedad y rigor metodológico en torno al abordaje, por eso es responsabilidad de la investigadora hacer una revisión crítica de su perspectiva personal a la hora de analizar e interpretar la información recabada, para tener un acercamiento respetuoso. En relación, Flick (2007) señala lo siguiente:

A diferencia de la investigación cuantitativa, los métodos cualitativos toman la comunicación del investigador con el campo y sus miembros como una parte explícita de la producción de conocimiento, en lugar de excluirla lo más posible como una variable parcialmente responsable. Las subjetividades del investigador y de aquellos a los que se estudia son parte del proceso de investigación. Las reflexiones de los investigadores sobre sus acciones y observaciones en el campo, sus impresiones, accesos de irritación, sentimientos, etc., se convierten en datos de propio derecho, formando parte de la interpretación y se documentan en diarios de investigación o protocolos de contexto (20).

Si bien desde el paradigma cualitativo se resalta la interpretación como herramienta para explorar el objeto de estudio, este tipo de investigación requiere no alterar la realidad, buscando que el trabajo sirva para amplificar sus voces y no tergiversar la mirada de las grupos humanas estudiadas.

2.2 Diseño etnográfico

Para realizar la investigación se recurrió a la etnografía. La etnografía se comenzó a emplear como parte de los estudios de los grupos humanos a finales del siglo XIX y principios del XX (Angrosino, 2012). De acuerdo con Behar (2008) la etnografía ha sido utilizada principalmente por la antropología y también en la sociología. Etimológicamente, la palabra etnografía significa el estudio de las etnias y simboliza el análisis del modo de vida de las grupos humanas, lo cual hace referencia al estudio de éstas mediante la observación y la descripción de la vida cotidiana de las personas, de las creencias, valores, motivaciones y perspectivas que enmarcan las múltiples formas de vida y de cosmovisiones entre seres humanos (Behar, 2008).

Como se mencionó, la etnografía tiene sus orígenes en la antropología cultural (Álvarez-Gayou, 2003). Angrosino (2012) señala que los antropólogos en Gran Bretaña (y otras partes del Imperio Británico) emplearon una forma de investigación etnográfica que se

concentró en poblaciones que todavía estaban bajo el control colonial. Mientras que la mirada de los antropólogos en Estados Unidos se concentró en el estudio de los pueblos nativos, quienes habían sufrido una destrucción completa; de modo que, desde este enfoque, se buscó “reconstruir mediante la memoria histórica de los supervivientes” (Angrosino, 2012: 20).

No obstante, a partir de 1930 comenzaron a surgir algunas consideraciones hacia la etnografía desde el feminismo, Ruiz (2020) menciona que las mujeres comenzaron a demandar que sus voces habían sido silenciadas y que la mayoría de los etnógrafos eran varones. Para 1960 las feministas demandaban el “androcentrismo en el nivel epistemológico, metodológico y político de la antropología” (Daich, 2014 citada en Ruiz, 2020: 86).

En tiempos contemporáneos, la etnografía se ha utilizado en distintas disciplinas. Dada su expansión ha tenido diversas orientaciones teóricas, Angrosino (2012) destaca las siguientes: el estructuralismo-funcionalismo, el interaccionismo simbólico, el feminismo, el marxismo, la etnometodología, la teoría crítica, los estudios culturales y el postmodernismo. Aunque existen distintas perspectivas, el autor señala que éstas comparten elementos en común, por ejemplo: se procede a través de una búsqueda de patrones del comportamiento, que se da a partir de la entrada al campo, mediante la observación y entrevistas que detallen los rasgos de las personas en la comunidad o grupos de personas que se pretende estudiar.

En este sentido, se habla de la “antropología de la mujer”, la “antropología de género” y las antropologías feministas (Ruiz, 2020). De acuerdo con la autora

la antropología feminista [...] no sólo planteó nuevas problemáticas, sino nuevas revisiones de los propios feminismos, que cuestionaban las relaciones desiguales de género, pero que reproducían formas etnocéntricas, dejando fuera conocimientos teorizados por investigadores de culturas que históricamente habían sido ubicadas en el lugar de “objeto de estudio” (Ruiz, 2020: 86)

Castañeda (2020) utiliza el término antropología feminista para referirse al campo de estudio, y lo distingue de las antropologías feministas para hablar de expresiones específicas que se desarrollan dentro de ese campo de estudio.

Las antropologías feministas enfrentan diferentes problemáticas. Castañeda (2020) señala las siguientes: a) las discusiones sobre cultura, en las cuales las antropólogas

feministas se han encargado de situar sujetos antes no considerados, como las mujeres constructoras de las culturas; por ello es importante conocerlas y reconocerlas. b) La integración de una visión holística en la lectura de una visión contextual de las opresiones tanto de hombres como de mujeres. c) Entender los discursos sobre la otredad. d) Crítica al androcentrismo y etnocentrismo. e) Identificación de las expresiones de opresión, subordinación y subalternidad; desigualdades, jerarquías, inequidades, asimetrías.

De acuerdo con Méndez (2020) los procesos de investigación con perspectiva feminista deben tomar en cuenta cuatro criterios: 1) valorar y recuperar el conocimiento cotidiano, prácticas y enseñanzas orales. 2) Valorar el conocimiento colectivo ancestral. 3) Incentivar el análisis y reflexión que trascienda a un ejercicio de investigación de autoformación crítica que nos permita un proceso de transformación propia. Y, 4) cultivar acciones transformadoras que no sólo contemplen los elementos materiales, sino también los aspectos emocionales y espirituales.

Méndez (2020), en una exploración sobre las mujeres indígenas, destaca que, desde las antropologías feministas la oralidad ha sido un elemento de reivindicación fundamental. “La oralidad es entendida como aquellos saberes de las ancestras, que son fuente de pensamiento, pero también de las historias de las nuevas generaciones de mujeres que con su caminar y experiencia van trazando el camino que guiará los pasos de las mujeres venideras” (Méndez, 2020: 291)

En síntesis “los intereses analíticos que distinguen a la antropología feminista de otras antropologías, [...] es precisamente el abordaje del poder y la dominación como ejes de producción de desigualdad generalizada y culturalmente legitimada a través de las culturas de género” (Castañeda, 2020: 67). Con base en lo antes mencionado, el trabajo de investigación y el método empleado se basaron en una visión crítica de la etnografía, desde una perspectiva feminista de reivindicación de los saberes subalternos de las mujeres y de diálogo intercultural.

Vista la etnografía como una herramienta de acercamiento respetuoso, el trabajo de campo es fundamental, en él se busca que la investigadora establezca una relación de confianza (*rapport*) con las personas que conforman el grupo o la comunidad (Angrosino, 2012). Desde una perspectiva feminista la escucha activa es un elemento sustancial, se refiere

a entender de manera amplia el locus de enunciación de las personas con quienes se busca abrir un diálogo.

Utilizar la etnografía, requiere que la investigadora realice trabajo de campo. Con base en Schütze (1983), citado en Flick (2007), el “término general ‘campo’ puede significar una cierta institución, una subcultura, una familia, un grupo específico de ‘portadores de biografía’” (68). Así, la etnografía estudia a las personas, sin embargo, su objetivo no es estudiar a los individuos, sino a las personas en un sentido colectivo, “es una manera de estudiar a las personas en grupos organizados duraderos a los que cabe referirse como comunidades o sociedades”, (Angrosino, 2012: 19), o como grupos y subgrupos. En la investigación cualitativa, la etnografía se convierte en una “descripción e interpretación de un grupo o de un sistema social o cultural” (Álvarez-Gayou, 2003: 76). De acuerdo con Angrosino (2012) la “Etnografía significa literalmente: descripción de un pueblo” (19), y es considerada también como “un *método* de investigación que trata de definir patrones predecibles de comportamiento del grupo” (Angrosino, 2012: 38); implica una descripción integral del grupo y su estilo de vida. El autor menciona que, “El modo de vida distintivo que caracteriza a un grupo de esta índole es su cultura. El estudio de la cultura implica un examen del comportamiento, las costumbres y las creencias que aprenden y comparten los miembros del grupo” (Angrosino, 2012: 20).

En una investigación etnográfica es necesario describir a las personas en el contexto determinado en el que se desenvuelven (estrato social, contexto cultural, etc.) y examinar la vida cotidiana de los grupos sociales, tratando de explicar “los significados que le atribuyen a ese comportamiento realizado en circunstancias comunes o especiales, presentando sus resultados de manera que resalten las regularidades que implica un proceso cultural” (Álvarez-Gayou, 2003: 76). Por lo que la etnografía no se queda en un nivel descriptivo, sino que busca profundizar en los significados materiales o simbólicos que otorgan las personas. Respecto a la labor que le compete a la investigadora que parte de este método, Álvarez-Gayou (2003) señala lo siguiente:

Retomando el camino de Harry Wolcott, podemos sintetizar diciendo que el etnógrafo empieza su estudio con una mirada a las personas en interacción cotidiana y continúa tratando de discernir los patrones recurrentes, como ciclos de vida, sucesos y temas culturales. La cultura representa un término amorfo, no es algo que exista como tal, sino más bien algo que

el investigador atribuye a un grupo conforme observa patrones de conducta de éste en su vida diaria. La cultura se infiere a partir de las palabras y los actos de los miembros de un grupo. Podemos mirar lo que la gente hace y dice, y se observan las tensiones entre lo que deberían hacer y lo que efectivamente hacen (Álvarez-Gayou, 2003: 78).

Así que la investigación etnográfica tiene el compromiso de describir detalladamente a los grupos o a los individuos que comparten códigos culturales, buscando una interpretación de los significados que están presentes durante la interacción social de un grupo determinado.

De manera tradicional, en la etnografía se exige el tiempo prolongado de trabajo en el campo. Incluso, desde la antropología, se han propuesto diferentes exigencias metodológicas con relación al tiempo necesario para que se considere como trabajo etnográfico²¹. Rompiendo con los requerimientos tradicionales del trabajo etnográfico, Wolcott (1993) citado en Silva y Burgos (2011) señala que “el tiempo destinado para el trabajo de campo debe ajustarse y reajustarse a las circunstancias y condiciones del campo mismo y de la investigación en general”. De acuerdo con Jeffrey y Geoff (2004) citado en Silva y Burgos (2011) “Lo importante son los resultados plausibles obtenidos en un tiempo óptimo que, preferiblemente, ha de ser mínimo” (93). Respecto a la duración del trabajo de campo los autores señalan lo siguiente:

Heredado de la tradición, ha sido dominante el criterio de permanencia prolongada para realizar un trabajo de campo que pueda ser considerado etnográfico. Distanciándonos de lo que exige la tradición etnográfica, proponemos que en un tiempo mínimo es posible generar un conocimiento suficiente (Silva y Burgos, 2011: 87).

En este sentido, el trabajo de campo que se describe en la presente tesis no ha sido, tradicionalmente, etnográfico, sino de etnografía enfocada, micro-etnografía o cuasi-

²¹ Con base en Silva y Burgos (2011), algunos investigadores como Jeffrey y Geoff (2004) consideran que es necesario hacer trabajo de campo durante dos años. Por su parte, Malinoski (1975), entre otros, coincide en que se debe observar por lo menos un ciclo anual para poder recabar la mayor información; mientras que otros como Goetz y LeCompte (1988), Hammersley y Atkinson (1994), entre otros, refieren a que el tiempo de trabajo de campo debe ser prolongado, pero no debe establecerse ningún criterio con relación a la duración. En contraposición, Wolcott (1993) señala que “el tiempo no es un factor decisivo. Según él, hacer etnografía no es pasar mucho tiempo en el campo” (Silva y Burgos, 2011: 92).

etnografía. Respecto a la cuasi-etnografía Murtagh (2007) y Spradley (1980) citados en Silva y Burgos (2011) la definieron de la siguiente manera:

En las cuasi-etnografías, el tiempo invertido en el trabajo de campo no es extenso. En ocasiones, la observación no se hace en un único espacio, sino que los lugares de observación son múltiples y la frecuencia de visitas a estos sitios son limitadas y discontinuas. Estos estudios se caracterizan por profundizar en eventos o situaciones sociales específicas (94).

Así, las micro-etnografías suelen indagar respecto al “estudio de pequeñas agrupaciones o pequeños subsistemas de sistemas culturales mayores” (Silva y Burgos (2011: 94). Se consideran también micro-etnografías aquellas exploraciones que durante el trabajo de campo utilizaron sólo una técnica de recolección de datos. Igualmente, las investigaciones de tipo micro-etnográfico “se refieren a trabajos realizados siguiendo la lógica de la etnografía, pero son estudios de corta duración” (Silva y Burgos, 2011: 94). Además, Biskupovic y Brinck (2017) citando a Knoblauch (2005), describen la etnografía enfocada como “una versión complementaria de la etnografía convencional de corta duración, pero de intensa interacción comunicativa” (19).

Por lo general, las cuasi-etnografías o micro-etnografías se realizan en ambientes que no son totalmente ajenos a la investigadora y, a diferencia de la etnografía tradicional, que busca una descripción holística de los fenómenos, la cuasi-etnografía o micro-etnografía se enfoca en el estudio de prácticas o actividades específicas. En esta perspectiva, el trabajo de campo requiere de herramientas selectivas de recolección de la información, de modo que la investigadora se concentra en aspectos específicos o que considera importantes, a diferencia de la etnografía tradicional que sugiere una búsqueda exhaustiva y completa (Silva y Burgos, 2011). Siguiendo a los autores:

El principal objetivo que persigue este tipo de investigaciones es profundizar en un aspecto muy concreto. El registro de observaciones es suficiente cuando se alcanza un punto de saturación de las descripciones detalladas, [o] cuando esas descripciones no parecen aportar información relevante o que la información tiende a repetirse (Silva y Burgos, 2011: 95).

El trabajo de campo de esta tesis se realizó durante un lapso de dos semanas en el estado de Oaxaca; ahí fui hospedada por dos mujeres de la comunidad de Santa María Yahuiche (mis informantes clave). Las dos informantes clave me ayudaron en mi traslado en la Sierra Juárez y me acompañaron durante todas las entrevistas. Su participación fue fundamental, pues gracias a su cercanía con las entrevistadas, se logró forjar un lazo de confianza y empatía que me permitió llevar a cabo las entrevistas en un clima positivo y de participación, escenario favorecedor para establecer un diálogo profundo.

2.3 La entrevista

Para la recolección de datos utilicé la entrevista, la cual fue pensada como una guía para dirigir la conversación. Mi labor fue establecer una comunicación fluida, que se logró al entablar una relación de confianza con las entrevistadas. La entrevista se puede definir de la siguiente forma:

La entrevista, desde el punto de vista del método, es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una indagación. El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés, estableciendo un diálogo peculiar, [...] donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra es la fuente de esas informaciones (Behar, 2008: 55).

Las entrevistas se pueden dividir en estructuradas, semiestructuradas o no estructuradas, o abiertas. Las entrevistas estructuradas requieren que la entrevistadora realice una guía de interrogaciones específicas y se sujete exclusivamente a ésta, marcando claramente qué cuestiones se preguntarán y el orden que proseguirá. Por otro lado, en las entrevistas semiestructuradas no todas las preguntas están predeterminadas, sino es más bien una especie de guía del contenido a tratar o de cuestiones clave, y se tiene la libertad de introducir nuevos interrogatorios no planeados o cuestiones que ayuden a precisar algunos conceptos u obtener más información sobre los temas planteados. Por su parte, las entrevistas abiertas son fundamentalmente una guía general de contenido, y se caracterizan por una amplia flexibilidad de la entrevistadora para delimitar el ritmo, la estructura y el contenido de ésta (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Para Angrosino (2012) “La entrevista es un proceso por el que se dirige una conversación para recoger información” (66). El autor también señala que la entrevista etnográfica busca ser una conversación fluida, que puede tomar diversos caminos, pero que siempre está guiada por la investigadora. A diferencia de otras entrevistas utilizadas en la investigación cualitativa, la entrevista etnográfica debe ser profunda. “En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias” (Álvarez-Gayou, 2003: 109). Respecto al trabajo que le compete a la entrevistadora etnográfica Angrosino (2012) señala lo siguiente:

El entrevistador, para hacer un trabajo de entrevista en busca de los máximos resultados etnográficos, se debería preparar revisando todo lo que sabe ya sobre el asunto en cuestión e ideando algunas preguntas generales sobre las que desee saber más. Estas preguntas no deberían construirse como un listado de ítems de encuesta, sino que debería servir como guía para centrar los puntos principales de la conversación. Aunque la entrevista puede ser no estructurada (en el sentido de no estar sometida a un conjunto formal de ítems de encuesta), no es en modo alguno aleatoria (67).

Para la recolección de los datos utilicé como técnica la entrevista semiestructurada, o, como señala Angrosino (2012), la entrevista etnográfica. Las entrevistas estuvieron centradas en indagar cuáles son los conocimientos con relación al parto, así como los aprendizajes y prácticas que se dan en su transmisión. Las formulé a partir de cuatro tópicos: a) procesos de formación, b) construcción de conocimientos, c) articulación de los ST con relación a los CMC y, d) la dimensión social y comunitaria (Véase anexo 1).

Respecto al tópico de los procesos de formación, se buscó indagar en los momentos formativos de la vida de las entrevistadas que hayan sido más significativos para aprender la medicina tradicional; por ejemplo, se recuperaron sus primeras experiencias y las personas involucradas en sus procesos formativos, con el objetivo de averiguar sobre las relaciones intersubjetivas y los espacios pedagógicos en que se dan y se transmiten los saberes tradicionales.

Con relación a la construcción de los conocimientos, se trató de explorar sobre las prácticas y quehaceres como parteras y curanderas, así como los instrumentos y herramientas que utilizan en su práctica curativa, explorando los significados que éstos tienen para ellas.

Se consideró importante incluir en el contenido de la entrevista lo referente a la articulación de los ST y los CMC, ya que la medicina tradicional ha estado en interacción continua con éstos. Comprender su relación ha sido importante para entender la epistemología y la pedagogía “propia”; se trató de conocer sus experiencias en relación con los médicos alópatas, también se intentó explorar si existía alguna adaptación o modificación de las prácticas tradicionales en caso de que existiera una interacción con la medicina científica. Y por último se tomó en cuenta la dimensión comunitaria y social que permean estos saberes, por lo que se trató de indagar sobre la vida de la comunidad y el papel que desempeñaban las parteras (Véase anexo 1).

Lo primero que se hizo durante el trabajo de campo fue identificar a las mujeres de la comunidad que tienen conocimientos tradicionales de medicina. Para poder entrar al campo, fue muy importante el apoyo de dos personas (informantes clave), quienes me introdujeron en las comunidades y me presentaron a la primera partera que entrevisté. A partir de esta primera entrevista se adoptó la técnica del muestreo “bola de nieve”, la cual me permitió conocer a otras parteras.

Durante el trabajo de campo, se entrevistaron a seis mujeres de la Sierra Juárez, Oaxaca, pertenecientes a distintas comunidades de Ixtlán de Juárez, como San Miguel Amatlán, Capulálpam de Méndez y Santa María Jaltianguis. Para identificar a las entrevistadas se utilizaron las siguientes claves: partera 1E, partera 2L, partera 3C, partera 4I, partera 5MC y la sobadora 6E²².

Con permiso de las entrevistadas se grabó el audio de cada una de éstas, para después transcribirlas y recuperar sus voces de la forma más objetiva y respetuosa posible.

Además, durante el trabajo de campo me ayudé de algunas notas. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010) es necesario realizar registros y anotaciones durante los momentos vinculados con el planteamiento del problema, y realizar algunas descripciones al terminar cada actividad o periodo en el campo; estos escritos pueden incluir propias palabras, ideas y sentimientos sobre las conductas observadas que hayan surgido en el momento, para después releerlas, y poder hacer observaciones e interpretaciones. Por ello, recurrí a algunas notas de campo, que me permitieron registrar y recordar algunas observaciones que realicé durante mi estancia en las comunidades. También recolecté

²² Las claves fueron formuladas de acuerdo con el orden en que se realizaron las entrevistas.

algunos datos útiles a la investigación, por ejemplo, de algunas conversaciones, sobre todo, con las informantes clave, quienes me explicaron parte de su contexto cultural, social o político. Dicha información me sirvió para comprender de manera más profunda el contexto de estudio.

2.3.1 Análisis de las entrevistas

Para el análisis de la información se trató de sintetizar las experiencias más relevantes de las parteras. Uno de los recursos gráficos que realicé muestra los puntos de encuentro más significativos que encontré a lo largo de mi trabajo de investigación. En la siguiente tabla se puede distinguir el rango de edades de las entrevistadas, la mayoría mujeres mayores de 63 años, a acepción de la sobadora; también se puede mostrar la pérdida del idioma zapoteco con relación a esta diferencia de edad. De igual manera sintetiza las formas de enseñanza-aprendizaje que observé entre las entrevistadas y los métodos que permean dichas prácticas educativas. Por último, analicé uno de los puntos nodales que encontré en todas las parteras y la sobadora: el don.

Esquema 1. Perfil de las parteras²³

Nombre de la entrevistada	Edad	Idioma	Cómo se aprende	Método de aprendizaje	Don
Partera 1E	63	Español (perdida del zapoteco)	Generacional	Observación Escucha Participación en los procesos Enseñanza mínima explícita	Sí
Partera 2L	73	Español y entiende zapoteco pero no lo habla	Emergencia y experiencia propia de parto (entre pares)	Observación Escucha	Sí
Partera 3C	63	Español y aprendió el zapoteco, pero ya no lo habla	Generacional	Observación Escucha Participación en los procesos Enseñanza mínima explícita	Sí
Partera 4I	72	Español y zapoteco	Generacional	Observación Escucha Participación en los procesos Enseñanza mínima explícita	Sí

²³ La categoría que aparece con un guion es porque la información no se pudo obtener.

Partera 5MC	80	----	Emergencia y experiencia propia de parto (entre pares)	Observación Escucha	-----
Sobadora 6E	29	Español	Generacional	Observación Escucha Participación en los procesos Enseñanza mínima explícita	Sí

Dado que los saberes tradicionales suelen distinguirse por ser un conocimiento complejo y holístico, elaboré las siguientes categorías que, aunque de manera gráfica se observan divididas, en el contexto del cual emergen se encuentran de manera interrelacionada. De manera amplia distinguí cuatro tópicos de análisis basados en mis objetivos de investigación, sobre los cuales elaboré el guion de entrevista (Véase anexo 1): 1) proceso de formación, 2) construcción de conocimientos, 3) articulación ST y los CMC, y 4) dimensión comunitaria y social. La siguiente tabla muestra de manera sistemática la información que se desarrollará en el capítulo 4.

Esquema 2. Categorías y subcategorías de análisis

Tópicos de análisis	Categorías	Subcategorías		
Proceso de formación	Cómo se aprende	Generacional Emergencia Experiencia propia de parto		
	Pedagogías originarias	Transmisión oral. Dimensión social. Dimensión comunitaria.	Métodos de aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Observación • Escucha • Participación en los procesos • Enseñanza mínima explícita
	Pedagogía implícita	Saber a partir de la experiencia		
Construcción de conocimientos	Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Sobar • Curar/ hierbas • Acomodar • Cortar ombligo 		
	Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Temazcal • Bao • Rebozo negro • Olla/ placenta 		
	Violencia epistémica			

Articulación de los CMC y los ST	Violencia obstétrica		
	Articulación	Positiva/ negativa	
		Condicionales del diálogo (o del no diálogo)	
Dimensión comunitaria y social	Don	Rasgo cultural	
		Base epistemológica- conocimiento holístico y espiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Autoriza • Capacita • Se muestra como un saber revelado o recibido de Dios • Regula la relación maestra-aprendiz y partera-comunidad

2.4 Trabajo de campo

La población en la que se centró la investigación fueron mujeres que poseen conocimientos tradicionales de medicina en la Sierra Juárez, ubicada en la Sierra Norte del estado de Oaxaca. Durante el trabajo de campo se entrevistaron a cinco parteras y una sobadora pertenecientes a distintas comunidades de Ixtlán, como San Miguel Amatlán, Capulálpam de Méndez y Santa María Jaltianguis. Se consideró pertinente indagar en el estado de Oaxaca ya que, con base en Ramírez (2018), retomando datos de la ENADID y el INEGI (2015), en “los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca se concentran los mayores porcentajes de nacimientos atendidos por parteras [...] y son también [los estados con] los menores porcentajes de partos atendidos por médicos” (49); lo que indica que en la zona elegida los conocimientos tradicionales sobre la medicina y la partería son aún vivos y, aunque hay muchos factores que amenazan su sobrevivencia, como se verá en el capítulo 5, siguen siendo funcionales en la comunidad.

Como se demostrará más adelante, la Sierra Norte, y en particular las localidades en donde se realizó el trabajo de campo mantienen un arraigo en la cultura zapoteca y, la medicina tradicional sigue ocupando un lugar importante en el imaginario colectivo. Muestra de ello es que, en 1995, se formó la Organización de Médicos Indígenas Zapotecos en la Sierra Juárez, y la actual existencia del Centro de Desarrollo de Medicina Indígena Tradicional en Capulálpam de Méndez, aprobado por la secretaría de salud, así como la

Unidad de Desarrollo Intercultural y Medicina Tradicional de los Servicios de Salud de Oaxaca. También destaca la existencia del Centro de Iniciación a la Partería en la Tradición de Nueve Lunas, el cual se puede describir como un proyecto pedagógico que busca recuperar los saberes de partería y la formación de éstas respetando la pedagogía indígena.

Como se profundizará en el capítulo 5, la partería tradicional ha sido relegada paulatinamente y, con ello, la formación de nuevas parteras en la tradición ha quedado de lado, así que no hay, o hay muy poca transmisión de los saberes-haceres. Tal como sostiene Gallegos (2019), un “Saber-hacer que no se practica es un saber-hacer que se pierde [...] Si las abuelitas parteras mueren sin haber transmitido sus saberes-haceres la pérdida será irreparable” (Gallegos, 2019: 107). De igual forma, la autora argumenta que las mujeres que hayan nacido con el don, es decir, con una propensión a la partería, no tendrán la guía indispensable de las parteras expertas para desarrollarlo.

Por ello consideré importante estudiar la partería en este lugar: a pesar de los diversos factores que amenazan con la desaparición de los saberes médicos tradicionales existe todavía un arraigo hacia las prácticas “originarias”.

La investigación estuvo centrada en indagar, ¿cómo son las pedagogías involucradas en los procesos de (re)producción de los saberes tradicionales de partería? Y en una exploración de los saberes tradicionales. Sin embargo, como se precisará, estos conocimientos no se limitan al ámbito único de la partería. En efecto, las entrevistadas no se consideran especialistas sólo de la partería, sino que frecuentemente curan también otras enfermedades. Gallegos (2019) señala que las investigaciones antropológicas han descrito a las parteras también como curanderas o yerbateras, sumando diferentes tareas que pueden ir desde lo más práctico, como el conocimiento de las propiedades de las plantas, hasta la dimensión espiritual. Por ello, se consideró importante realizar también la entrevista con la sobadora, pues como se verá más adelante, comparte formas de transmisión, valores y conocimientos con las parteras entrevistadas. Otro elemento importante que se contempló a la hora de decidir si realizar la entrevista con la sobadora fue la edad. Dado que ella es mucho más joven que las parteras entrevistadas, consideré que su punto de vista sería importante para hacer un acercamiento sobre la transmisión de los saberes médicos tradicionales a las generaciones más jóvenes.

CAPÍTULO 3. CONDICIONES CONTEXTUALES DE LAS PARTERAS DE LA SIERRA JUÁREZ, OAXACA

En respuesta a la metodología planteada, considero necesario describir algunas condiciones contextuales respecto a las características de la población y del espacio geográfico donde se realizó el trabajo de campo. Por lo que en las siguientes líneas presentaré, sintéticamente, los aspectos que permitan comprender mejor el contexto donde se desenvuelven las mujeres entrevistadas.

Como se mencionó en el capítulo anterior, el trabajo de campo se realizó en la Sierra Juárez, en distintas localidades como Ixtlán de Juárez, San Miguel Amatlán, Capulálpam de Méndez y Santa María Jaltianguis ubicadas en la Sierra Norte en el estado de Oaxaca.

3.1 Territorio

El estado de Oaxaca se ubica en la parte sureste del país y colinda con los estados de Guerrero, Puebla, Veracruz y Chiapas. De acuerdo con Martínez Luna (2010) “oroográficamente Oaxaca es la reunión de las dos codilleras más grandes del país” (34). Oaxaca está compuesto por 570 municipios, asimismo, la región de la Sierra Norte se subdivide en 68 municipios agrupados en tres distritos: Ixtlán, Villa Alta y Mixe. Esta región también es conocida como la Sierra Juárez, y en ella se encuentran las distintas comunidades como Ixtlán de Juárez, San Miguel Amatlán, Capulálpam de Méndez y Santa María Jaltianguis, que son las áreas que, a continuación, me encargaré de describir.

La Sierra Juárez se caracteriza por tener un territorio y un clima muy diverso, por ejemplo, el municipio de Ixtlán de Juárez posee una topografía muy accidentada (Calderón, Briones y Moreno, 2013), lo cual explica el hecho de que los poblados suelen estar apartados unos de otros.

Oaxaca, junto con otros como Chiapas y Veracruz, es uno de los estados con mayor biodiversidad (Calderón, Briones y Moreno, 2013). Muestra de ello es que en la región de Ixtlán se han encontrado siete tipos de vegetación como: “bosque de pino, bosque de pino-encino, bosque mesófilo de montaña, bosque tropical caducifolio, bosque tropical perennifolio, matorral espinoso y pradera subalpina” (Calderón, Briones y Moreno, 2013: 123). Tan solo en Capulálpam se han observado “cinco tipos de vegetación: bosque de coníferas integrado de dos asociaciones, el bosque de Pinus-Quercus y bosque Pinus con

elementos de bosque mesófilo de montaña; bosque Quercus con matorral secundario, bosque rípario y bosque Cupressus” (Morales, 2009: 15).

La temperatura y los tipos de vegetación son muy variados, lo cual permitirá comprender porque las parteras señalan (capítulo 4) que, en cada comunidad tienen acceso a diferentes plantas curativas, y entre los conocimientos que deben tener para ejercer como curanderas, es fundamental identificar en qué lugares se pueden encontrar ciertas hierbas.

El municipio de Capulálpam de Méndez se encuentra al límite de los terrenos comunales de Ixtlán de Juárez y San Juan Tepanzacoalcos; también colinda con los pueblos mancomunados como Lachatao, Amatlán y Yavesía y con las comunidades de San Miguel Yotao y Santa María Yahuiche (Morales, 2009). De acuerdo con la COPLADE (2017), todos los municipios señalados se rigen por sistemas normativos internos (que pueden ser distintos de una comunidad a otra), como se verá más adelante en este capítulo.

Las localidades estudiadas se caracterizan, además, por su gran mantenimiento y manejo de los recursos naturales. Por ejemplo, el poblado de Capulálpam de Méndez se abastece de agua para uso humano, doméstico y para regar parte de sus tierras de los ríos más cercanos (Morales, 2009). Como mencionaron las parteras, los ríos son importantes en algunos procesos curativos, por lo que en ciertas ocasiones recurren a éstos para realizar alguna actividad específica. Entre los ríos de Capulálpam están los siguientes: el río de los Molinos, antes llamado *Shoo Laveda*, el río Grande también conocido como *Yagxiyagadoni* y el río de arena o *Schoo Lluri*. Los arroyos principales son: Grande, Pomosa, Mancera, Las Pavas, Lluvé, Tadina, Salto del Agua, La Peña reventada, Rhaguaga, Del poder, San Miguel, Agua Blanca y Mina del Banco (Morales, 2009).

3.2 Población oaxaqueña

Respecto a la población, en el territorio de Oaxaca viven 4 132 148 habitantes; de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020 elaborado por el INEGI, Oaxaca es el segundo estado con población de 5 años y más hablante de alguna lengua indígena (1 193 229 hablantes de alguna lengua indígena) sólo después de Chiapas. Con base en el *Panorama sociodemográfico de Oaxaca: censo de población y vivienda 2020* (INEGI, 2020b) la población hablante de alguna lengua indígena en Oaxaca es del 31.18% y las lenguas más frecuentes son el zapoteco (34.4%) y el mixteco (21.9%).

El INEGI, en 2019, señaló que el 51% de la población oaxaqueña habitaba en zonas rurales y el 49% en áreas urbanas. Según la COPLADE, en la Sierra Norte, en 2010, no se identificaron localidades mayores de 15 000 habitantes, por lo que la mayoría de la población vivían en localidades rurales pequeñas. Esto no ha cambiado mucho, según datos del INEGI, en 2020, en el municipio de Ixtlán de Juárez había 8 385 habitantes, en San Miguel Amatlán se registraron 991 personas, en Capulálpam de Méndez había 1 619 y Santa María Jaltianguis, 592 habitantes.

Además, la COPLADE (2017) señaló que en la Sierra Norte habita población de los grupos originarios como zapoteco, mixe y chinanteco, añadiendo que “Más del 90% de la población se considera indígena” (COPLADE, 2017: 4). Con base en datos del INEGI (2020b), el porcentaje de la población hablante de alguna lengua indígena corresponde de la siguiente manera: Ixtlán de Juárez 51.07% de los cuales el 95.9% habla zapoteco y el 3.0% chinanteco; en San Miguel Amatlán 13.24% son hablantes de alguna lengua indígena y el 96.0% de éstos habla zapoteco y el 1.6% chinanteco; en Capulálpam de Méndez corresponde al 11.57%, de los cuales el 79.4% habla zapoteco y el 15.6% chinanteco y en Santa María Jaltianguis el porcentaje es de 46.55%, de los cuales el 95.4% corresponde al idioma zapoteco y el 3.4% habla amuzgo. Esto indica que estos municipios tienen una significativa presencia de población indígena.

Por otra parte, de acuerdo con los indicadores de pobreza del CONEVAL, en 2015, en el municipio de Ixtlán de Juárez, se señaló que un porcentaje del 75.8% de la población vivía en situación de pobreza, y el 33.3% se encontraban en situación de pobreza extrema; de igual forma, en el municipio de Santa María Jaltianguis, la población en pobreza se calculó en un 64.7% y la población en pobreza extrema fue del 8.3%. En San Miguel Amatlán la población de pobreza fue de 74.5% y la población que se encontró en pobreza extrema corresponde al 24%. Por último, en Capulálpam de Méndez se registró un porcentaje de 39.6% de población en situación de pobreza y 4.8% en pobreza extrema.

Respecto a la escolaridad de la población, Oaxaca es el segundo estado (después de Chiapas) con menor índice de escolaridad. El INEGI señala que “el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 7.5%, lo que equivale a poco más de primer año de secundaria” (INEGI, 2015). También está entre los tres estados con mayor número de personas analfabetas con un porcentaje nacional de 13.3% (seguido de Guerrero

13.6% y Chiapas 14.8%). En 2019, el INEGI afirmó que la escolaridad en Oaxaca es del “8.1 (poco más de segundo año de secundaria)” (INEGI, 2019).

Las parteras entrevistadas mencionaron que “para esto no se estudia”, es decir que no hay escuelas para aprender la partería tradicional. En este sentido, cabe mencionar que señalaron haber cursado solamente los primeros años de primaria, por lo que sus aprendizajes sobre la partería se dieron principalmente en contextos informales o implícitos, es decir, en la vida cotidiana en la comunidad, en la relación con sus madres o abuelas, o con otra partera.

Los datos relativos a la afiliación a los servicios de salud corresponden de la siguiente forma: en San Miguel Amatlán la población afiliada a algún servicio de salud es del 68.0%, de los cuales el 91.1% están afiliados al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); en Ixtlán la población afiliada es del 75.6% de los cuales el 78.1% están afiliados al INSABI; en Capulálpam el 78.5% está afiliado a algún servicio de salud y el 56.2% de éstos lo están al INSABI; y en Santa María Jaltianguis el 85.6% de la población está afiliada, de ellos el 89.3% lo está al INSABI (CONEVAL, 2021). Lo anterior revela que la mayoría de población está afiliada a algún servicio de salud institucional.

No obstante, la labor de las parteras sigue siendo sustancial porque comparten códigos culturales y prácticas curativas más accesibles para la comunidad. Sin embargo, actualmente, ninguna de ellas ejerce la partería por diversos factores que se describirán en el capítulo 5, aunque siguen ejerciendo como curanderas, pues algunos miembros de la comunidad siguen acudiendo a ellas como primera opción antes que asistir a un hospital. Esto quiere decir que, todavía, alivian enfermedades del estómago, dan té y masajes, barren con hierbas, realizan limpias, curan de susto²⁴ y proporcionan *baos*²⁵, entre otras prácticas. Respecto a la partería, sólo dan masajes, té, acomodan al feto, o brindan cuidados alternativos a la mujer antes y después del alumbramiento, pero ya no asisten el parto.

²⁴ El susto y las limpias son reflejo del conocimiento holístico de la medicina tradicional, pues no sólo se procura cuidar de la cuerpo, sino también del espíritu. El susto es la ausencia de la persona en su nivel espiritual, por lo que su curación consiste en llamar a la persona para regresarla a su cuerpo físico.

²⁵ Como se verá más adelante, el *bao* es una práctica utilizada por las parteras, consiste en proporcionar “calor” a través de vapor, y es parte del temazcal, el cual también era utilizado por parteras y curanderas, sin embargo el trabajo que éste último implica es descrito como muy pesado, por lo que las parteras actualmente tampoco lo utilizan ya que por su edad lo consideran peligroso (pues no se recomienda a personas con hipertensión o diabetes), sin embargo sigue siendo muy utilizado en esta zona y tiene una gran relevancia en la medicina tradicional en general.

El papel de las mujeres en la región en las que se centró este trabajo es fundamental. En general, la población oaxaqueña está mayoritariamente conformada por mujeres; según datos del INEGI, en 2020, el 52.2% fueron mujeres y el 47.8%, hombres. También se encontró que, en 2009, en Capulálpam, del “total de Población económicamente activa (PEA), se observó que 156 fueron hombres y 402 fueron mujeres una marcada diferencia tentativamente resultado de la migración principalmente de hombres de la localidad” (Morales, 2009: 63). Según el Censo de vivienda y Población (2020) todas las comunidades aquí estudiadas están compuestas mayoritariamente por mujeres (Ixtlán de Juárez el 51.9% son mujeres y 48.1% son hombres; en Capulálpam el 55.3% son mujeres y el 44.7% hombres; en San Miguel Amatlán es 52.3% mujeres y 47.7% hombres; y en Santa María Jaltianguis es de 53.0% mujeres y 47.0% hombres). Es importante añadir que, en Ixtlán, San Miguel Amatlán, Capulálpam y Santa María Jaltianguis, de acuerdo con datos del CONEVAL (2010), la mayoría de los hogares tienen jefatura femenina. Estos datos son importantes para mi investigación ya que, de acuerdo con la investigación de Aguilar (1998), en la comunidad de Juchitán en Oaxaca la medicina tradicional ha sido preservada por mujeres: son sobre todo ellas quienes resuelven las necesidades en torno a los procesos de curación.

3. 3 Contexto sociohistórico

De acuerdo con Martínez Luna (2010), desde la colonia, los grupos originarios han estado sometidos a situaciones de despojo, discriminación y violación a sus derechos humanos. Con base en Martínez Buenabad (2015), la época colonial se caracterizó por la imposición de un modelo de vida distinto, y este conllevó la construcción de otras maneras de percibir las diferentes esferas de la vida.

La educación fue uno de los mecanismos mediante los que se establecieron los ideales que se debían seguir para ser ciudadano de la nueva nación que se conformaría.

Durante la Independencia y la primera parte de la Revolución, las políticas educativas estuvieron encaminadas a buscar una nación unificada. Entre los intentos por la asimilación de los indígenas se encuentra la ley de instrucción rudimentaria, implementada en 1911 por Gregorio Torres Quintero y Jorge Vera y, más adelante, los proyectos de Vasconcelos y Justo Sierra, en donde se buscaba la castellanización de toda la población indígena (Martínez Buenabad, 2015). En el intento por homogenizar lingüística y culturalmente al país, las diferencias se vieron como un problema. Además, la retórica del desarrollo, según el proyecto

civilizatorio de la modernidad (Grosfoguel, 2013), junto con la visión positivista del conocimiento y la educación, llevó a considerar la lengua, cultura, religión y el conocimiento de los indígenas como ignorancia y atraso: elementos que detendrían el progreso y la modernización del país.

Desde la consolidación del Estado-nación hasta años recientes, el objetivo de homogeneizar a las poblaciones ha llevado a la negación de la heterogeneidad cultural que caracteriza a México. Esta visión rompe de manera contundente a partir de diversos movimientos de los pueblos originarios, por ejemplo, con la irrupción del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), tras la demanda “nunca más un México sin nosotros”, con lo cual se pone en la mira el problema de la negación hacia los pueblos indígenas (Martínez Buenabad, 2015).

Lo anterior se puede interpretar como un choque cultural, pues como explica Martínez Luna (2010), desde la invasión de los españoles se enfrentaron dos visiones distintas que, en su interacción histórica, han construido una tercera, la cual en ocasiones puede parecer contradictoria, dado que es producto de la interacción de valores y principios culturales distintos, y donde unos son subordinados a otros. Ejemplo de esta tercera mirada es el sincretismo: la hibridación de la religión católica con elementos rituales y sagrados de las cosmogonías indígenas. Por ejemplo, el autor señala que:

Después de tres siglos de colonización muchas cosas que eran nuevas en principio se vuelven costumbre. La visión politeísta no desaparece, pero se adecúa a la religiosidad cristiana. En la región Mixe, por ejemplo, los sitios sagrados prehispánicos se conservan, se asiste a la iglesia pero también se adora lo sagrado natural, incluso los cultos se mezclan, se da ofrenda en la iglesia y de la misma manera en la cueva. Las festividades se celebran en los días coincidentes con prácticas cristianas (Martínez Luna, 2010: 41).

Con la colonización se impuso una visión específica del poder (Quijano, 2014), basado sobre la clasificación racial que determinó la distribución del trabajo y las condiciones del sistema económico imperante; lo cual ha justificado y naturalizado las relaciones de sumisión, expresando un principio de verticalidad. En este sentido, Aníbal Quijano habla de colonialidad del poder, como la imposición de una forma de poder específica, eurocéntrica, capitalista y racializada.

En este orden de ideas, Europa y los europeos representaban el “momento” y el “nivel” más avanzados en el camino lineal, unidireccional y continuo del desarrollo humano (Sousa Santos, 2010). Se consolidó así, junto con esa idea, otro de los núcleos principales de la colonialidad/modernidad eurocéntrica: una concepción de humanidad según la cual la población del mundo se divide en inferiores y superiores, irracionales y racionales, primitivos y civilizados, tradicionales y modernos (Quijano, 2014: 95).

A esto, hay que añadir, como sostiene Lugones (2008), que la colonialidad del poder implicó también una colonialidad del género, es decir la imposición del sistema sexo género imperante, patriarcal y heterosexual, que provocó, entre otros efectos, la eliminación de formas de organización social ginocéntricas, matriarcales o más equilibradas entre hombres y mujeres.

A pesar de lo mencionado, en las comunidades originarias de América latina, aún persiste una visión propia del poder que se manifiesta en varios ámbitos de resistencias: formas específicas de poder político y sociales, experiencias educativas comunitarias, movimientos que luchan para la defensa de la madre tierra, basados en el equilibrio socio-natural (Martínez Luna, 2010), y los feminismos decoloniales.

En las cosmovisiones originarias o indígenas la territorialidad es central. Con relación a las comunidades de Oaxaca, las poblaciones de la Sierra Juárez son pequeñas y viven alejadas las unas de las otras; según Martínez Luna (2010), este factor permite que estos grupos guarden relaciones de reciprocidad, de colaboración y solidaridad; existe también una fuerte relación de reciprocidad con la tierra que es vista como la madre que provee de todo lo necesario para sobrevivir. Una de las principales luchas de los pueblos y grupos originarios ha sido, justamente, por el reconocimiento y respeto al territorio, pues “sin territorio no hay pueblo” (Martínez Luna, 2010: 49).

Para explicar el arraigo cultural de las comunidades de la Sierra Juárez, se pueden identificar varios factores. Uno de ellos tiene que ver con los procesos de urbanización que dejaron de lado las “periferias” o áreas rurales. Debido a que las localidades de la Sierra estaban muy distanciadas y los caminos eran poco accesibles, los avances de la modernidad han llegado de manera más lenta: “Las poblaciones resultaron favorecidas hacia sus adentros, pues mientras más lejos se sintieran y estuvieran de la violencia, podían contar con condiciones favorables para vivir en paz” (Martínez Luna, 2010: 43).

Como señala el autor, “Oaxaca es un espacio peculiar debido a su orografía, a su diversidad lingüística, lo que promueve obviamente mecanismos de resistencia singular ante las presiones del exterior” (Martínez Luna, 2010: 36). Muestras de esta resistencia se puede ver en algunas zonas específicas del estado que tienen mayor población originaria, las cuales han defendido una organización social y política que no coincide con el resto del país. Mesri y González (2014) mencionan lo siguiente:

La Sierra Juárez, oficialmente conocida como la Sierra Norte de Oaxaca, es la única región en todo el estado donde el 100% de los municipios nombran a sus autoridades aplicando el Derecho Electoral Indígena propio de la comunidad, el hecho de que se aplique en la totalidad de los municipios de la Sierra Norte, incluyendo las tres cabeceras distritales (Ixtlán de Juárez, Villa Alta y Santiago Zacatepec Mixe), es una muestra clara de la vigencia de sistemas normativos y estructuras político-sociales indígenas (167).

Los municipios de la Sierra Juárez se rigen por un sistema interno de autogobierno, el cual es resultado de una lucha constante por sus derechos en torno al respeto de la cultura, organización social, política y territorial. Las regiones antes mencionadas se gobiernan bajo el sistema de usos y costumbres con formas comunales de autogobierno, lo cual implica que la mayoría de las decisiones son tomadas en comunidad²⁶, e incluso las normas y reglas de convivencia pueden variar de una comunidad a otra, dado que cada una tiene autonomía. En su organización “La asamblea es la máxima autoridad en la comunidad, es la reunión de todos los jefes de familia, en la que intervienen también las mujeres” (Martínez Luna, 2010: 48). La asamblea se rige por consenso o mayoría. Para la elección de las autoridades se toma en cuenta el prestigio el cual está vinculado con el trabajo que se desempeña en y para la

²⁶ Por ejemplo, con base en las notas de campo que realicé a partir de la información brindada por las informantes clave, para pertenecer a la comunidad, a partir de los dieciocho años se necesita la ciudadanía; también si una persona pasa una estancia mayor a seis meses tiene que realizar trabajos en reciprocidad con la comunidad, esto es lo que llaman cargos. Para las comunidades de la Sierra Juárez, la reciprocidad se encuentra en la base de todas sus relaciones, para ellas/os son sustanciales los valores, principios, y normas, para que puedan vivir en paz, armonía y con base en el respeto mutuo. Por lo que cada comunidad establece sus propias reglas o normas de convivencia. Por ejemplo, en Amatlán, el robo era castigado con el desprestigio social, por lo que el castigo para dicha falta consistía en amarrar a una silla a quien realiza dicho acto en un lugar público para que todas/os lo vean. También, otros pueblos como en Yahuiche no se permiten ciertos volúmenes de música. Como se observa, cada comunidad establece sus normas desde las muy básicas reglas de convivencia, hasta sus formas político-sociales más elaboradas.

comunidad: “El trabajo y la capacidad en el tequio, en el campo, en la coordinación, en la obediencia, en el pensamiento, en fin, en todos los ámbitos” (Martínez Luna, 2010: 48). Además, el desempeño en cargos públicos no está ligado a una remuneración económica, sino como un servicio a la comunidad. Añadiendo que, “El 90% de la tierra es comunal, es decir que está protegida y es usada bajo órdenes y designios comunales” (Martínez Luna, 2010: 50).

Mesri y González (2014) explican, -centrándose, principalmente en Santa Catarina Ixtepeji en la Sierra Juárez-, que la forma de organización es comunitaria y se rige por el sistema de cargos, el cual se puede definir como “un servicio a beneficio de toda la comunidad” (85). Entre las obligaciones que mantienen dicha organización se puede encontrar el tequio, la asistencia a las asambleas, el pago de cooperaciones y el buen comportamiento. Como mencioné, cada municipio tiene su propia organización político-social, muestra de ello es que cada comunidad tiene su propia asamblea general interna con su específica figura de autoridad establecida por las mismas/os miembras/os.

Con base en mis notas de campo, a partir de las informaciones brindadas por las informantes clave, los cargos son funciones que ejecutan las personas y pueden ir desde lo que se podría nombrar como “cuerpo policiaco”, hasta tareas religiosas como el toque de campana de la iglesia, entre otras labores relativas al cuidado de dicha institución.

Estas tareas son fundamentales para obtener y mantener la ciudadanía. Con base en Mesri y González (2014) los cargos municipales pueden ser: presidente, síndico, tesorero, regidores, secretario municipal, alcalde, comandante, mayor, *topil*, *aguacil*, contralor social. Y los cargos comunales son: comisario de bienes comunales, consejo de vigilancia y comisión revisora. Con base en las informantes clave, por lo menos en la comunidad de Santa María Yahuiche, los cargos no están relacionados de manera jerárquica (aunque en algún momento así fue), dado que la población ha disminuido debido a los altos índices de migración; por ello, algunos de estos cargos se repiten de acuerdo con las necesidades de la comunidad, y todos las/os miembras/os deberán haber realizado algún cargo en algún momento de su vida.

De aquí que Martínez Luna (2010) señale la construcción de la “comunalidad” como un factor sustancial de resistencia, el cual parte de sus “cuatro elementos: territorio en común; decisiones y poder colectivo ejercido a través de la asamblea y el sistema de cargos; trabajo

colectivo o tequio; y fiestas y ritos comunitarios que cimientan la cohesión social (Mesri y González, 2014: 169).

3. 4 Arraigo en la cultura zapoteca

Con base en Romero y Oudijk (2013), Oaxaca es uno de los estados con una gran composición multicultural, y entre los grupos numéricamente más relevantes se encuentra el grupo zapoteco. Coronel (2006) señala que “El grupo etnolingüístico zapoteco ocupa el tercer lugar entre la población indígena de México” (6). Según el INEGI, en 2010, las lenguas más habladas fueron las zapotecas, con 371 740 hablantes, las mixtecas (264 047), el mazateco (175 970) y el mixe (117 935) (INEGI, 2010). En 2019 se señaló que, en Oaxaca, los hablantes de lengua indígena de 3 años y más fue de “31 de cada 100 personas” (INEGI 2019).

De acuerdo con Coronel (2006), los Valles Centrales, la Sierra Sur, la Sierra Norte y el Istmo, han sido territorios habitados tradicionalmente por grupos zapotecas, no obstante, se puede observar una importante disminución de los hablantes de esta lengua, y pérdida de costumbres y de prácticas culturales “propias”²⁷. Cabe señalar que la lengua zapoteca es heterogénea²⁸, pues es “una de las lenguas con mayores variantes interregionales” (Coronel, 2006: 6). Lo anterior es relevante, ya que los grupos zapotecos construyen sus conocimientos a nivel familiar y regional; esto se hace visible, por ejemplo, cuando las mujeres entrevistadas señalan que el territorio es importante en la construcción de los saberes y las prácticas médicas, ya que existen diferentes plantas y las parteras y curanderas se dirigen de manera distinta a ellas dependiendo del espacio geográfico específico. Esto pone en evidencia algo muy relevante en los estudios sobre los saberes tradicionales de las comunidades originarias, es decir la relación imprescindible con el territorio donde dichos saberes nacen y se reproducen (Valladares y Olivé, 2015).

²⁷ Por ejemplo, durante la colonia en los siglos XVI al XVIII, se observó una importante disminución de la población zapoteca, entre algunos factores relevantes que explican tal hecho están: “1) el despojo de sus tierras comunales, que derivó en una crisis agrícola; 2) el sometimiento a trabajos mineros insalubres, y 3) el contagio de enfermedades transmitidas por los europeos, desconocidas para los nativos” (Coronel, 2006: 11). Y en épocas actuales, la discriminación estructural y sistemática de esta población ha obligado a estos grupos a olvidar su lengua y su cosmovisión.

²⁸ Con base en Romero y Oudijk (2013) “No existe un idioma zapoteco sino una familia de lenguas zapotecanas con una compleja realidad dialectal y lingüística aún no comprendida en su totalidad” (185).

De acuerdo con Coronel (2006), los pueblos zapotecos de los Valles Centrales de Oaxaca han sido grupos muy dinámicos, y han mostrado gran capacidad para reafirmar y reconstruir su identidad y sus prácticas tradicionales, frente a la violencia estructural y sistemática que han sufrido. Como señala Martínez Luna (2010):

Lo originario no lo identificamos como puro o único, sino de origen, pues damos por hecho que tratamos de explicar una tercera civilización, la cual guarda en su fundamento otras dos, cuyos principios no han desaparecido del todo, y que en su historia tiende a crear nuevos conceptos identitarios (25).

En consecuencia de lo que Sousa Santos refiere como epistemicidio, varios pueblos de la región han dejado atrás su lengua original. No obstante, todavía se pueden identificar diversos rasgos culturales que sobreviven: cosmovisión, ritos, conocimientos y prácticas que se identifican con la cultura zapoteca. Es decir, no siempre, o no necesariamente, el abandono de la lengua original impacta en el olvido de otros elementos culturales, aunque dicha pérdida representa un problema, en cuanto, sin lugar a duda, influye en la transformación de la cultura. Por ejemplo, Capulálpam es considerada como una comunidad de origen zapoteca. “Existen documentos los cuales registran su existencia desde el año 1500, aunque hay vestigios de una ocupación más antigua del área” (Morales, 2009: 43). Y se cree que los pobladores más antiguos pudieron ser zapotecos o chinantecos. Por lo que este municipio

se caracteriza por ser una comunidad con alto arraigo socio-cultural, esto se puede evidenciar en los procesos locales de desarrollo observándose en la presencia de empresas comunales, en la existencia de una dinámica estructura política-organizacional, en la práctica de usos y costumbres ancestrales, en la percepción local de los recursos naturales, entre otros aspectos (Morales, 2009: 53).

A pesar de que todavía existen elementos de la cultura zapoteca, estos se han desdibujado. Me parece relevante señalar que un factor importante en la desaparición de las prácticas culturales originarias tiene que ver con los procesos de despojo y de marginación, que obliga a la población originaria a buscar mejores condiciones de vida en los centros

urbanos²⁹. De acuerdo con el INEGI, Oaxaca es uno de los estados con mayor migración. También Coronel (2006) señala que en el interior del estado entre los municipios considerados de muy alta intensidad migratoria están los Valles Centrales, la Sierra Norte y la Costa, territorios que coinciden con los mayores índices de población originaria. Aunque, como la autora señala, las mujeres zapotecas que experimentaron procesos migratorios, al regresar a su pueblo tratan de retomar algunas prácticas culturales que habían olvidado.

3.5 Cosmovisión y medicina tradicional: el equilibrio y la reciprocidad

Como se ha mencionado anteriormente, la medicina tradicional en México tiene sus orígenes en las culturas precolombinas de Mesoamérica. La medicina en Mesoamérica se basaba en una visión holística de lo humano (espiritual, emocional, corporal y su relación con el universo), donde todos estos elementos formaban parte de la concepción de salud-enfermedad y del proceso de curación (Aguilar, 1998). Dicha visión general, que aún perdura, “se traduce en prácticas que no son solamente médicas, sino necesariamente son prácticas ‘simbólicas-culturales’ en las que va implícita una manera de entender el problema de la enfermedad; de explicitar su origen y de responder a ella” (Aguilar, 1998: 18).

Como señala Martínez Luna (2010), las cosmovisiones indígenas son naturocéntricas, es decir basadas en una visión de equilibrio y de reciprocidad con la naturaleza; en oposición con la visión occidental moderna según la cual la cultura y la naturaleza se consideran separadas.

Con base en algunos estudios referentes a la territorialidad simbólica en las poblaciones indígenas actuales en México, Barabas (2010) encontró que entre los rasgos que comparten algunos grupos originarios mesoamericanos está la visión de un “territorio vivo”:

Los espacios [...] se conciben poseídos por entidades anímicas territoriales muy poderosas, con gran capacidad de acción, ante las cuales las personas deben realizar cuidadosos rituales como ofrendas y sacrificios para recibir a cambio salud, bienestar, buenas cosechas. Esto es, que la reciprocidad siempre está presente en las interacciones entre humanos y entidades extrahumanas (Barabas, 2010: s/p).

²⁹ Por ejemplo, desde la década de 1970, se pueden observar importantes procesos migratorios sobre todo con relación a población mixteca y zapoteca, dirigida hacia la Ciudad de México y el sureste del país, sin embargo, en la década de 1980 se comienzan a diversificar los destinos migratorios de dicha población (Coronel, 2006).

En este sentido la autora señala que en los grupos estudiados se contempla la existencia de seres no-humanos considerados como los “dueños de los lugares”. Por ello, entre algunas de las prácticas tradicionales están los rituales y ofrendas a dichas entidades, pues de esta relación depende que las personas reciban salud y buenas cosechas. De no mantener esta reciprocidad y equilibrio las personas pueden enfermar.

Entre las principales características de la cosmovisión zapoteca que influyen en la relación salud-enfermedad, se encuentra la concepción dual de vida y muerte asociada al día y la noche, al sol y a la luna, y la idea de la armonía o equilibrio entre estos elementos; por ello, la relevancia de los rituales de ofrendas para el sol y la tierra (Aguilar, 1998). Los rituales y ofrendas tienen la función de mantener una reciprocidad equilibrada entre las diferentes entidades que constituyen el cosmos. Respecto a esto Barabas (2010) señala que:

Existen evidencias etnográficas para afirmar que los pueblos indígenas actuales de Mesoamérica tienen una concepción *humanizada y sociomorfa* del cosmos, ya que conciben que el universo, la naturaleza, la sociedad y la persona son semejantes, y las relaciones entre los sujetos que viven en los diferentes espacios o niveles del cosmos se desenvuelven a partir de la reciprocidad equilibrada o ética del Don (s/p).

Estas entidades son comprendidas como “protectoras y dadoras de bienes (dones) para la sociedad y los individuos que las propician, y en otra, castigan las violaciones al sistema valorativo y normativo local, ejerciendo diferentes formas de control social” (Barabas, 2010: s/p). De modo que el don también puede interpretarse como una responsabilidad social, ya que debe procurar la relación recíproca entre humanidad y universo. En relación la autora describe lo siguiente:

Llamé *ética del Don* al conjunto de concepciones, valores y estipulaciones que regulan las relaciones de reciprocidad equilibrada entre personas, familiares, vecinos, autoridades y comunidades, en todos los campos de la vida social: el trabajo, el ciclo de vida, la fiesta, la política y lo sagrado [...]. En este último campo, la reciprocidad sustenta la relación entre los humanos y los entes sagrados, especializados en diversos lugares del entorno; relación basada en la concepción de que si se cumple con las exigencias del Don se obtiene bienestar y el

equilibrio de la vida, si no, se pierde la protección de las entidades territoriales y también la "suerte" y los dones, ya que el territorio se vuelve árido, carente de vegetación, animales y agua. Lo anterior permite proponer que no es posible entender la interrelación humano-extrahumano en las culturas indígenas sin considerar la ética que rige sus relaciones, ya que mediante el Don se establece una alianza entre las deidades y los humanos que permite la negociación entre ellos (Barabas, 2010: s/p).

Como se verá en el siguiente capítulo, el don constituye un elemento importante de los procesos de aprendizaje de las parteras.

De acuerdo con Aguilar (1998), las mujeres sabias de las culturas prehispánicas, consideraban el *tonalli* (alma) como una entidad que se puede perder o puede vagar ocasionando malestares al individuo. Muestra de esto es el susto, enfermedad en la cual el alma sale de la cuerpo y la curación consiste en traerla de nuevo a la persona. Algunas de estas prácticas antiguas han tenido continuidad. Por ejemplo, las parteas entrevistadas señalan que todavía practican rituales para pedir permiso³⁰, hacen limpieas y curan de susto. En este caso, de acuerdo con la partera 4I (una de las parteras entrevistadas), parte del proceso curativo del susto consiste en ofrendar algo al dueño del lugar, también conocido como *chaneque*, para que deje ir a la persona.

En la investigación referente al documento *Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuí, Sierra Norte de Oaxaca* (Flores, 2003), se estudiaron las representaciones y prácticas de salud de los procesos reproductivos de tres generaciones de mujeres zapotecas, se encontró que entre las diversas generaciones se comparten y mantienen algunos patrones de atención en la salud, relacionados con la concepción de cuerpo en Mesoamérica; por ejemplo, la idea de mantener el equilibrio desde el embarazo hasta el parto y puerperio a través de cuidados relacionados con el calor.

Desde la visión zapoteca la cuerpo humana se concibe como “una totalidad interrelacionada con los centros anímicos, referentes al alma y a los que tienen que ver con el manejo de la energía espiritual (como cabeza, el corazón e hígado)” (Flores, 2003: 38). De acuerdo con la autora, la relación frío-caliente durante los procesos reproductivos van

³⁰ En algunas comunidades indígenas se pide permiso al universo, a la naturaleza, o a la madre tierra para realizar determinadas acciones o trabajos, por ejemplo, intervenir en algún lugar o realizar algún ritual o curación.

cambiando. Por ejemplo, el embarazo se concibe como un estado de calor absoluto, mientras que en el parto la cuerpa se abre, por lo que es importante cerrarla a través de masajes y del temascal³¹. Durante el puerperio se debe procurar el calor de la mujer, pues es fundamental recuperar el equilibrio de la cuerpa. De acuerdo con la autora, los procesos de atención de embarazo, parto y puerperio involucran representaciones y prácticas sociales.

Respecto a los rituales de nacimiento Barabas (2010) señala lo siguiente:

Esa interrelación construida entre seres humanos y medioambiente comienza aún antes de la concepción, durante los ritos de pedimento de fecundidad que llevan a cabo los padres y futuros compadres (padrinos del niño) en santuarios naturales y devocionales, y se concreta después del nacimiento en los rituales de determinación de la tona (alter ego animal) del recién nacido, el "entierro" de la placenta y la "siembra" del cordón umbilical, que le confieren el estatus de persona social dentro de su comunidad y en el territorio de pertenencia (Barabas, 2003b). En algunas de las culturas de Oaxaca, como los mixtecos de la región Alta y los triquis, la presentación social de la nueva persona culmina después de los 20 días de baño de temascal de la madre, en los que se ofrenda a una importante entidad sagrada, la Dueña-Abuela del temascal (baño de vapor) (Barabas, 2010: s/p).

Lo anterior pone en evidencia que la labor de las parteras no se limita sólo al aspecto curativo de la cuerpa, sino también destaca la dimensión ritual y cultural, contemplando que la concepción de enfermedad y de los procesos curativos conlleva el desarrollo de habilidades amplias que no tienen que ver solamente con el cuidado de la cuerpa, sino que abarcan al espíritu, el conocimiento de la naturaleza y de la sociedad.

Los grupos zapotecos tienen diversos conocimientos sobre medicina tradicional. De acuerdo con Coronel (2006), cada pueblo y cada familia tiene sus propias creencias y formas de prevenir y curar algunos padecimientos. La organización parental, entre las zapotecas estudiadas por Flores (2003), juega un papel importante, ya que refleja la autoridad de las mujeres más grandes de la familia (la abuela, o la suegra) quienes guían las decisiones

³¹ De acuerdo con las entrevistadas, en el momento del parto es importante cerrar a las embarazadas o curarlas ya que durante este proceso se abren los poros de la piel, lo cual expone a las mujeres a contraer alguna enfermedad, además, el parto se concibe como un momento de calor, por lo que al "abrirse" la cuerpa de la mujer es necesario procurar que éste no se "escape".

respecto a los procesos reproductivos de las miembros de la familia más jóvenes, lo cual también expresa el valor de la experiencia que es una de las bases del saber tradicional.

Las enfermedades relacionadas con la cosmovisión zapotecas son: el mal de ojo, el catarro, el empacho, la caída de mollera, el susto también llamado espanto o miedo³² (Aguilar, 1998), las enfermedades causadas por la relación frío y calor, las cuales son muestra de la tradición que había antiguamente en relación con las enfermedades en el México prehispánico. También las limpias -que sigue siendo una práctica vigente-, las cuales consisten en barrer con un ramo de hierbas el cuerpo hacia una determinada dirección y un ritmo de acuerdo con la enfermedad que se esté tratando para “sacar su mal” (Anzures, 1978) y recuperar el equilibrio de la persona.

3.6 Salud intercultural

En la atención al parto es importante mencionar que a nivel nacional existe una sustancial cobertura en unidades médicas. De hecho, en 2017, se señaló una cobertura del 96% a nivel nacional (Atkin *et al*, 2017), pero en algunas entidades federativas se identificó una cobertura menor al promedio nacional, como Oaxaca, donde el porcentaje de cobertura se calculó en un 92.6% (y otros estados como Guerrero, Durango, Puebla, Nayarit y Chiapas) (Lazcano *et al*, 2013).

El Seguro Popular ha influido significativamente en la atención de los procesos reproductivos de las mujeres en algunas áreas rurales de Oaxaca, desplazando la labor de las parteras (Ramírez, 2018). Muestra de ello es que en “las mujeres adscritas a la seguridad social, se han alcanzado coberturas cercanas al 99%, y en aquellas afiliadas al Seguro Popular la cobertura de atención médica del parto fue del 92.9%” (Lazcano *et al*, 2013: 214). Sin embargo, “cerca de 558 800 partos no fueron atendidos en instituciones de atención médica” (Lazcano *et al*, 2013: 216). En 2012, “uno de cada tres partos fue atendido por parteras empíricas tradicionales (168 000) o parteras profesionales (85 000)” (Lazcano *et al*, 2013: 216).

³² Con base en mis notas de campo, el susto es la ausencia de la persona en el nivel espiritual, surge a partir de una emoción muy fuerte como espantarse o tener una impresión muy fuerte, su curación consiste en traer de vuelta a la persona a su cuerpo físico, en consecuencia, la partera 41 explicó que acude a los lugares donde aconteció el impacto a realizar una ofrenda para que el dueño del lugar libere al individuo. El empacho es una enfermedad del estómago frecuente entre los infantes. La caída de mollera es una situación común entre las/os recién nacidas/os hasta que se les cierra la fontanela. El mal de ojo se refiere al daño que pueden ocasionar algunas personas a través de la mirada, como la envidia o la “mirada pesada”.

En relación, Lozoya y Zolla (2015) señalan que la discusión conceptual entre parteras empíricas, personal profesional o personal técnico, aluden a la “invisibilidad diferencial” que, al seguir los cánones de pensamiento occidental, tratan de borrar a las parteras que actúan desde una visión originaria o indígena. Muestra de ello es que, entre los estados de la república con los más altos porcentajes de población indígena y campesina no indígena “las parteras [son] el sostén fundamental e invisible de la obstetricia, desde el embarazo y hasta el puerperio” (Lozoya y Zolla, 2015: 85). Es decir, aunque exista una importante cobertura del parto hospitalario, el trabajo de las parteras sigue constituyendo un eslabón importante en la salud de las mujeres, y en muchas ocasiones su papel queda oculto tras la mirada hegemónica de la medicina.

La medicina tradicional sigue siendo viva en esta población -entre otras razones- porque los servicios de salud, en relación con otras entidades del país, son carentes, y porque los servicios de medicina alópata son poco accesibles a nivel económico; además hay que añadir que existe un arraigo cultural³³ y que la población indígena suele reportar malos tratos por parte del personal médico profesional (Juárez, 2005 y Rosales, 2018).

Respecto a los servicios de salud, con base en datos del *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social* (CONEVAL, 2010), en Ixtlán de Juárez existen 7 unidades médicas, en Santa María Jaltianguis y Capulálpam de Méndez se reportó 1 correspondientemente, y en San Miguel Amatlán había dos unidades médicas. Sin embargo, en Santa María Jaltianguis, se reportó que el personal médico era de una persona, en San Miguel Amatlán y en Capulálpam de Méndez de tres personas respectivamente, aunque en Ixtlán de Juárez el personal médico era de treinta personas (CONEVAL, 2010). En este sentido, se puede afirmar que existe una cobertura por parte del sistema médico oficial, sin embargo, las condiciones de dichas instancias se pueden considerar como precarias, en tanto el personal para resolver los problemas de salud es escaso en la mayoría de los municipios.

El CONEVAL (2021), a través de su *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2021 Oaxaca*, indicó que en el 2021 la población del municipio de Ixtlán de

³³ Cuando menciono el arraigo cultural me refiero al contexto histórico y la conexión que existe con la cosmovisión indígena (en especial la zapoteca), la cual ha estado en interacción con otras identidades culturales. A lo largo de este capítulo, se intentará problematizar este aspecto, pues a pesar de que todavía se encuentran rasgos importantes que coinciden con la cosmovisión zapoteca, es cierto que las generaciones más jóvenes rechazan u olvidan algunas de estas prácticas ancestrales.

Juárez es de 8 565 habitantes, de los cuales 615 personas tienen carencias en el acceso a los servicios de salud, en Capulálpam de 1 634 habitantes 125 son quienes tienen carencias en el acceso a los servicios de salud, en San Miguel Amatlán de 1 021 habitantes corresponde a 192, y en Santa María Jaltianguis es de 539 habitantes por 39 con carencias en el acceso a los servicios de salud (CONEVAL, 2021). Lo anterior, permite precisar el hecho de que en las comunidades estudiadas todavía existen diversas carencias en torno a las problemáticas de salud.

Los servicios de salud aún necesitan doblar esfuerzos para subsanar las condiciones precarias que todavía experimentan las mujeres indígenas. Por ejemplo, el CONEVAL (2020) señaló que, “25.4% de las mujeres no indígenas contaban con acceso directo a los servicios de salud, mientras que únicamente 11.1% de las mujeres indígenas lo tenían” (CONEVAL, 2020: 1). Parte de la violencia estructural, en un sentido interseccional, se puede observar, además, en el hecho de que:

el porcentaje de hogares con jefatura femenina indígena cuyos integrantes tardarían más de 2 horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia fue de 7.9%, en comparación con 1.6% de los hogares con jefatura de hogar femenina no indígena (CONEVAL, 2020: 4).

Esto podría significar que las mujeres indígenas están en mayor desventaja, en términos de atención a la salud, en relación con las mujeres que no se identifican como indígenas y de la población en general.

Durante las entrevistas también se mencionó que la mayoría acude a Ixtlán para atender alguna problemática de salud, lo cual evidencia la centralización en la que siguen funcionando los servicios, y el poco acceso que existen en las periferias o áreas rurales.

A pesar del intento por parte del gobierno de instaurar la medicina alópata como vía de atención principal a los problemas de salud pública, la medicina tradicional sigue siendo funcional en las comunidades rurales o indígenas. En Capulálpam de Méndez se cuenta con el Centro de Salud Rural y, además del programa federal de salud intercultural mencionado anteriormente (capítulo 1), también existe el Centro de medicina tradicional y el Hospital regional de Medicina Tradicional (Morales, 2009).

Como sostienen Lozoya y Zolla (2015), en la actualidad la medicina tradicional, y la partería en concreto, ya no gozan del mismo estatus social, de modo que, en las comunidades

en las que se centró mi trabajo de campo, las parteras entrevistadas ya no atienden específicamente los partos, pues las mujeres asisten al hospital. Lo anterior se puede problematizar con base en el trabajo de Güémez (s/f) realizado con parteras mayas del estado de Yucatán, en el cual se encontró que, en tiempos recientes, se les otorga a las parteras un carnet emitido por el gobierno que acredita su profesión. No obstante, para el autor, esta certificación se ha convertido en

un instrumento de poder para muchas, a tal grado que las otras que se resisten a los cursos [para conseguir la certificación] temen ser perseguidas por no estar acreditadas, y abandonan la práctica o la ejercen de manera clandestina mientras tienen demanda” (Güémez, s/f: s/p).

Por ejemplo, en el estado de Yucatán se ha encontrado que algunas

comadronas han sucumbido ante las presiones de la medicina moderna, limitando su espacio de acción al de sobadora o yerbatera. En estas zonas, la presencia de la partera es cada vez menor, y su papel está tan desvalorizado que les hace desanimar a otras a que se dediquen al oficio” (Güémez, s/f: s/p).

El autor señala que a causa de las políticas destinadas a la reducción de la mortalidad materno-infantil, la atención de los partos ha sido delegada mayoritariamente a los sistemas biomédicos, y caracteriza esta relación (medicina alópata-medicina tradicional) como una relación de “resistencia-poder”, por lo que los viejos códigos culturales de la medicina tradicional “son puestos en entredicho por la biomedicina [de modo que] una partera que puede simbolizar prestigio y autoridad en su comunidad, puede, al mismo tiempo, ser símbolo de supersticiones y antihigiene para personas de la misma comunidad que pretenden renunciar a un pasado “indígena” (s/p). Güémez agrega que

De hecho, algunas parteras de reconocido prestigio en sus comunidades han pasado a ser ‘promotoras de salud’, como parte de los programas de extensión de cobertura. Situación que ha conducido a un despojo de los contenidos simbólicos y culturales de su práctica” (Güémez, s/f: s/p).

Cabe señalar que, aunque formalmente los funcionarios de salud argumenten que hay respeto a la cultura médica popular, existe una evidente contradicción entre lo que plantean, lo que dicen hacer los doctores que lo aplican y lo que realmente sucede en la interacción. Se habla del respeto a las tradiciones: “tratamos de no influir y que no abandonen sus prácticas”, pero en los cursos de capacitación, seminarios y otros eventos, los médicos insisten en la invalidez parcial o total de algunos recursos y tratamientos de las parteras, en vez de construir nuevas y positivas formas de interacción caracterizadas por un acercamiento mutuo (Véase Campos, 1996). En los hechos concretos proponen, mediante la capacitación y adiestramiento, a una “reorientación” en la forma y contenido de su praxis y sus conocimientos. El objetivo implícito es la modificación de sus saberes y prácticas sobre todo cuando los médicos tradicionales están enfrentados al conocimiento considerado como único y verdadero de la ciencia médica occidental (Güémez, s/f: s/p).

En relación con los cursos se encontraron diversas posturas entre las entrevistadas. Algunas de las parteras de la Sierra Juárez mencionaron que el curso no es lo más relevante para aprender la medicina tradicional, como la partera 3C, quien afirma que, además, se requiere de la experiencia y el don para poder ejercer como partera/curandera. La partera 4I narró que tomó algún curso, pero después de conseguir su certificación sólo atendió un parto más, porque con la llegada de los doctores su práctica se vio limitada y por su edad ya se sentía cansada para realizar un trabajo tan complicado. La partera 1E explicó que ni ella ni su madre tomaron cursos, y abandonaron su práctica a partir de la llegada de los médicos, porque las personas más jóvenes comenzaron a confiar más en la medicina alópata, por considerar que es más rápida (en términos de efectividad). Al mismo tiempo, la partera 1E señaló que actualmente sí asistiría un parto en caso de emergencia, pero sólo en colaboración de la clínica para “evitar algún problema”. Por su parte la partera 2L indicó que ella sí ha trabajado con médicos alópatas, pero que en ocasiones esta relación ha sido conflictiva porque “no todos los médicos aceptan esto”.

Los saberes tradicionales de partería estudiados corren el peligro de desaparecer. Se encontró -como se verá en el capítulo 5- que ha quedado de lado la formación de nuevas parteras; por ejemplo, la partera 4I mencionó que sus nietas ya no estaban interesadas en continuar con esta labor. La partera 3C dijo que las personas más jóvenes tienen la idea de que la medicina alópata es más “rápida y fácil”, y que por ello ya no les interesa aprender la

medicina tradicional, además señaló que el ISSSTE ha jugado un papel fundamental en la decisión de las mujeres de atender el parto en el hospital.

CAPÍTULO 4. PROCESOS DE APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTOS DE LAS PARTERAS DE LA SIERRA JUÁREZ

En el siguiente apartado se describirán los procesos de aprendizaje y los conocimientos de las parteras entrevistadas. Se trató de explorar algunos elementos que respondan a la pregunta de investigación ¿cómo son las pedagogías involucradas en los procesos de (re)producción de los saberes tradicionales de partería? Conforme a lo descrito en la metodología que guía este trabajo, se seleccionaron las partes más significativas, con relación a las condiciones, los momentos y las personas pedagógicamente más relevantes en los procesos formativos de las parteras. En la segunda parte se realizará una interpretación pedagógica de las entrevistas; dicha reflexión está apoyada en el marco teórico descrito anteriormente, guiándome, en particular, por la necesidad de identificar y comprender los procesos pedagógicos y de construcción de conocimientos (epistemologías) de las parteras estudiadas.

4.1 Descripción de los momentos pedagógicamente más relevantes de los procesos formativos de las parteras

4.1.1 Partera 1E

Partera 1E proviene de una familia de médicos tradicionales, su abuelita y su madre les compartieron sus saberes a las hijas e hijos, y aunque no todas continuaron con esta labor, la partera 1E lo considera como una tradición familiar. La partera 1E aprendió acompañando a su madre a atender a las mujeres embarazadas; participando directamente en los procesos, observando y escuchando.

Bueno, yo exactamente así, yo... he ayudado a mi mamá que se ha dedicado a curar todo, sobre todo acomodar a los bebés o que, si están enfermos, [...] entonces yo ya de lo que hacía, yo siempre iba con ella y todo eso veía yo, y a lo mejor ya es algo que uno trae porque pues igual a mí no se me dificulta para sobarlas, para un té, para algo así, se me hace fácil (partera 1E).

Al igual que las otras entrevistadas, la partera 1E identificó el don como elemento fundamental para realizar su trabajo; incluso señaló que para ser partera no se puede hacer ningún ritual más que tener el don, pues es lo que permite y facilita el aprendizaje de los

saberes. Para ella y para su madre el don se manifestó en las manos y la partera 1E lo interpretó como un “anuncio” de que iba a poder curar.

Siempre eso a mi mamá y también me pasaba a mí [...] de repente dice «¡Ay! una comezón que me entraba en las manos» y no tardaba que sí venía a curación algún niño, o que voy a sobar [...] es porque tus manos van a curar, no, la verdad no sé por qué, pero viene una comezón en las manos. Antes no estás ni enterada qué es lo que vas a hacer, ya al otro día, al segundo día viene la persona qué es lo que vas a hacer [...]. Porque mi mamá decía «voy a curar, dice, alguien va a venir» y sí ya después que me empezó a pasar a mí así [...] se siente en las manos y nada más eso (partera 1E).

Entre los conocimientos que la partera 1E mencionó haber aprendido de la madre están: la identificación del tiempo de llegada del parto y las recomendaciones en la llegada del dolor, como realizar baños o barrer³⁴. Las actividades que se realizaban después eran cortar el ombligo y bañar a la persona recién nacida, esto para que “amacizará” y no se enfermara, es decir, en términos de la medicina alópata, esto se podría entender como un procedimiento para reforzar el sistema inmunológico para evitar contraer infecciones.

En relación con los conocimientos de la placenta, se brindaban masajes para que así se expulsará. La partera 1E mencionó que es fundamental que las mujeres tomen un baño diario; según ella, esta actividad favorece la expulsión de la placenta. De acuerdo con esto, la higiene y el aseo de la cuerpo humana que haya tenido la mujer durante su etapa gestante incidirá positivamente en la salud y prevendrá posibles enfermedades e infecciones tanto en la parturienta como en el recién nacido. En caso de que ésta no fuera expulsada por la cuerpo de manera “natural”, utilizaban el *bao*. El *bao*³⁵ es una alternativa del temazcal³⁶, pues este último requiere un espacio físico específico, mientras que el *bao* es la forma casera, de modo

³⁴ Las parteras narran que cuando sabían que una mujer iba a iniciar la labor de parto, le indicaban caminar o barrer para apresurar el trabajo de alumbramiento y disminuir los dolores. Otra de las tareas que llevaban a cabo era proporcionarle baños de agua caliente a la mujer momentos antes del parto, actividades basadas en el principio de frío/calor de la medicina tradicional. La práctica de barrer hace referencia a la acción de pasar por la cuerpo un ramo de hierbas curativas.

³⁵ Para preparar el *bao*, se ponía una olla de barro con agua a hervir y con hierbas (las hierbas que se emplean dependen de la enfermedad y del espacio geográfico específico). El *bao* se da tapando a la mujer con cobijas y proporcionándole el vapor (en este caso entre las piernas) para recibir ese calor y las propiedades de las plantas.

³⁶ Para realizar un temazcal se necesita un espacio físico específico, pues se necesita una especie de cuarto de piedra, donde se busca generar vapor acompañado de hierbas medicinales para fortalecer la cuerpo.

que se puede realizar también en espacios más pequeños. También es una solución para las personas que tienen algún impedimento de salud que no les permita entrar al temazcal porque se pueden desmayar o presentar alguna complicación respiratoria o cardíaca.

La partera 1E narró que el temazcal y el *bao* eran prácticas utilizadas por sus antepasadas. La finalidad era brindar calor a la persona hasta hacerla sudar para sacar todo lo malo que tenían. Esto, en términos biomédicos, podría interpretarse como la eliminación de toxinas de la cuerpo.

Sí, porque viene desde mi bisabuela, mi abuela y mi mamá [...] [mi madre] las echaba al temazcal, las sobaba, les hacía *baos*, todo, ella ocupó el temazcal tanto de pared, de piedra y *baos*, de esos dos tipos hacía [...]. Mi mamá dice que por lo que muchas personas se desmayan en el temazcal es por la presión, antes no decían por la presión, decían se sube su latido, se sube su latido decían, entonces para que no pase eso se hacía de esa otra forma. [...] igual dicen que para cerrar el cuerpo, porque tus poros se abren bien y como dicen está abierto tu cuerpo porque salió tu bebé y para eso es [...] siempre decía ella, el rebozo negro porque ese cura mejor decía (partera 1E).

De acuerdo con la partera 1E, dentro del temazcal es común dar un masaje a la parturienta para lo que ellas llaman “cerrar el cuerpo”. Para las parteras los poros se abren porque la cuerpo queda abierta después del parto, los masajes sirven, entonces, para “apretar” la cuerpo y acomodarla; es decir, recuperar su equilibrio y cerrarla. Con este fin, las parteras de Oaxaca utilizan el rebozo negro; este proceso inicia desde la cabeza y termina en los pies. De igual modo, el masaje, que también llaman “hojear”, consiste en golpear la cuerpo con un ramo de hierbas curativas yendo desde los pies hasta la cabeza.

Una de las recomendaciones de la partera 1E es que durante el de parto no se tiene que llorar; esto se debe a que, de acuerdo con su práctica, esta acción no permite la rápida expulsión del neonato. Respecto a esto, la partera 1E narró lo siguiente: “no lloren y siempre pujen abajo, no tomen el aire porque el trabajo que ya hicieron lo vuelven a subir y otra vez les cuesta trabajo... deben de aprender eso”.

Actualmente, las parteras todavía hacen trabajo de “limpia”³⁷, brindan algunas medidas necesarias que se deben seguir para cuidarse durante el embarazo, y calculan el tiempo de gestación.

Una de las actividades que todas las parteras entrevistadas mencionaron fue el limpiar la placenta y examinar que esté completa, guardarla en una olla de barro cerrada y enterrarla en algún lugar seguro; así como la utilización del rebozo negro para cerrar la cuerpa de la parturienta. Como se verá, procedimientos y rituales de ese tipo demuestran la base holística del saber de las parteras, donde el ritual es parte fundamental del proceso de partería; para las parteras existe una relación entre la placenta y el bebé, ésta se cuida y se conserva limpia como acto simbólico que representa el cuidado de la persona recién nacida.

Los saberes tradicionales se caracterizan por una visión holística, en este sentido el trabajo de las parteras no se limita a la asistencia durante los partos, dado que sus saberes involucran otras dimensiones, como las espirituales; por lo que, en algunos casos, las mujeres se identifican más con ser curanderas, ya que la comunidad las busca para atenderse otras enfermedades como el “susto”, padecimiento comúnmente tratado desde la medicina tradicional.

4.1.2 Partera 2L

La partera 2L aprendió la curandería de su abuela y la partería de otra partera. El proceso de aprendizaje de la partera 2L se caracterizó por la experimentación empírica y la relación entre iguales; a pesar de provenir de una familia de médicos tradicionales, su primera experiencia de aprendizaje respecto al parto, como se verá, fue con la partera que atendió su propio parto. Los sucesivos acercamientos a la medicina estuvieron condicionados a la necesidad de atender a sus hijos por falta de servicios médicos en la región. La primera vez que realizó una curación lo hizo en conjunto con sus compañeras, pues compartían la necesidad de aprender de los conocimientos de las demás para atender a su familia. Por lo tanto, su aproximación a la medicina y a la partería se caracteriza por un aprendizaje empírico, basado en la práctica, propia y de sus compañeras.

³⁷ Como se esbozó en el capítulo 3, las limpias consisten en pasar un huevo y/o un ramo de hojas, para extraer aquellas energías negativas que enferman o desequilibran la cuerpa.

La partera 2L sostuvo haberse convertido en curandera gracias a su abuela, también curandera. De ella oía los remedios que de grande fue retomando y enriqueciendo mediante investigaciones a través de libros respecto a plantas medicinales. Contó que entre las enfermedades que puede curar están: dolor del estómago, dolor de oído, sinusitis.

Aprender la curandería conlleva un proceso de memorización, ya que es imperante la identificación de las hierbas, cómo son y para qué sirven; conocer las cantidades y las formas de preparación para obtener los beneficios esperados. Algunas veces esto se aprende exclusivamente a través de la escucha, poniendo atención en las conversaciones de las personas mayores que son quienes poseen estos conocimientos, principalmente. Esto es lo que Déléage (2009) describe como una epistemología implícita: los infantes o miembros más jóvenes recolectan información que no les es dada de forma directa (conversaciones entre adultos), sin embargo, hay momentos donde se explicitan ciertos principios de inferencia, los cuales son constatados en la práctica misma. La pedagogía implícita que enmarca estos aprendizajes reposa en la adquisición de ciertas informaciones que están en el entorno de las niñas y de los niños, es decir, su aprendizaje depende del contexto particular y de la interacción con los adultos.

La primera experiencia de la partera 2L fue por una emergencia, se dio por la necesidad de auxiliar a una mujer que ya estaba en trabajo de parto. Como mencioné, los primeros conocimientos fundamentales de partería los aprendió gracias a la partera que atendió su alumbramiento. Partera 2L explicó que eso era lo común en la comunidad, que las parteras se convirtieran en mentoras de las mujeres que asisten, como ocurrió con ella.

Sí, aprendí porque fui atendida por una partera. [...] Ella me enseñó, ella me explicó cómo se hace y ya si están de ladito entonces como hay que acomodarlos, y si se vuelve a de ladear entonces hay que usar unas almohaditas [...] (partera 2L).

Las actividades que se realizaban para atender un parto eran tomar un trapo limpio e introducirlo en la vagina para esperar al bebé, y proporcionar un vaso de agua fría, para que después la parturienta hiciera un esfuerzo más con el cual se esperaba que saliera la placenta. Después de asegurarse que todo fuera expulsado de la cuerpo de la mujer, se cortaba el cordón umbilical midiendo cuatro dedos y le ponía talco o ceniza al ombligo para que se secase. Estos son algunos de los saberes que aprendió de la partera que la atendió.

Lo anterior, pone en evidencia que las prácticas mencionadas siguen unidas con algunas cuestiones de la medicina de Mesoamérica, y en concreto con la cosmovisión zapoteca. Por ejemplo, el embarazo, desde esta concepción, es entendido como un proceso de calor absoluto, por lo que brindarle frío puede interpretarse como una manera de recuperar el equilibrio de la cuerpa.

Partera 2L también mencionó tener el don; para ella su don se reveló como el poder hacer un diagnóstico de forma rápida, es decir, que con sólo observar a la persona puede identificar qué tiene y encontrar la solución para curar y que ésta nunca falle. También, el don se manifestó a través de sus manos, pues la partera 2L no sabía qué hierbas usar ni qué cantidad, pero sus manos la orientaban.

Pues eso dicen, que es un don que yo tengo, porque así llega la persona pues con... sea grande la persona, sea niño así, yo me doy cuenta qué cosa tienen, lueguitito digo eso tiene, y ya sé que voy a hacer y segurito que sana, seguro que sana. [...] yo no puedo descifrar eso porque yo lo tengo pues, y eso yo no lo puedo explicar, yo no puedo, como que mi mano ya sabe la cantidad y qué hierbas se pueden utilizar en una mujer embarazada, hay hierbas que no se pueden usar también (partera 2L).

Respecto a la placenta, partera 2L explicó que se debía limpiar perfectamente y observar que estuviera completa, entonces se guardaba en un trapo limpio y se colocaba en una olla que cerraban y enterraban. Esto se hace a partir de la creencia de que existe una relación entre la placenta y los ojos de la persona recién nacida³⁸; la finalidad es que la placenta se mantenga limpia y segura para que los neonatos estén sanos.

El temazcal lo recomendaba quince o veinte días después del parto, se utilizaba (y todavía se utiliza en la comunidad) “para que el cuerpo se componga, se amacice una”. La partera 2L coincide con las otras entrevistadas en que el rebozo negro se ocupaba para cerrar la cuerpa, junto con el masaje que se comenzaba de los pies hasta la cabeza, y de regreso, “Pues todo el cuerpo se abre cuando tiene un bebé”. Lo que puede ayudarnos a comprender

³⁸ Las parteras tienen la creencia que, si le caía basura, tierra o algo a la placenta esto podía afectar en los ojos de las/os recién nacidas/os, en ninguna entrevista se especifica de qué manera puede afectar, sin embargo, todas señalan la importancia de cuidar de la placenta para que el recién nacido esté sano.

que la epistemología de estos saberes se basa en una visión holística de la cuerpa a diferencia de la medicina occidental.

4.1.3 Partera 5MC

Partera 5MC, al igual que la partera 2L, aprendió esta práctica partir de su propia experiencia de parto, y también su primera experiencia se dio por una emergencia. Al presentarse la situación de urgencia, la partera 5MC no tenía todos los conocimientos que se necesitan para atender un parto, así que la parturienta la tuvo que orientar a resolver la situación de manera favorable con base en las experiencias de sus partos anteriores. Como expondré, las mujeres comparten entre ellas los conocimientos medicinales y de la partería, alimentando así una pedagogía social que consiste en el intercambio abierto de prácticas y experiencias.

Antes del incremento del sector salud, las parteras tenían un papel muy importante dentro de su comunidad, su ayuda era frecuentemente solicitada por alguna mujer que estaba en trabajo de parto. Por ejemplo, la suegra de la partera 5MC también tuvo un papel sustancial en su formación, pues ella asistía a varias mujeres e invitaba a la partera 5MC a acompañarla cuando realizaba alguna curación o alumbramiento. Gracias a ella, partera 5MC aprendió sobre plantas, a acomodar al feto para colocarlo en la posición que favoreciera el trabajo de parto, cómo curar ombligos³⁹, a dar vapor, a bañar a los bebés y a cerrar la cuerpa con el rebozo negro.

tal vez, tal vez Dios me ayude yo creo, por eso y así fue, porque *yo no fui a estudiar ni eso* [...] yo creo que pepené un poquito de mi suegra porque vivíamos acá, y a veces venían a verla para que fuera a aliviar a la persona [...] decía vas conmigo pa' que veas, porque qué tal que de repente se ofrece dice. Bueno pues, a veces iba yo, a veces iba y ps yo creo que de eso nomás ya dijo la gente, y ya con eso luego después me venían a llamar y ya fui, y ahí iba yo a aliviarlas y a curarlas.

³⁹ Una vez que se haya cortado el cordón umbilical, para las parteras es importante el cuidado del ombligo de la persona recién nacida, por ello colocan ceniza, pues esto ayuda a la cicatrización.

4.1.4 Partera 3C

El proceso de aprendizaje de la partera 3C fue principalmente intergeneracional, ya que la partería era una actividad de tradición familiar -al igual que la partera 1E-. La abuela y la madre compartieron los saberes con todas las hijas y nietas; los procesos de aprendizaje empezaron desde la niñez, observando, escuchando y participando con la abuela y la madre. La partera sostuvo:

[aprendí] porque me decía [mi mamá], vete a traer esta hierba porque para esto lo quiero, vete a buscar este porque para esto lo quiero, pues ahora sí que nosotras todas las hermanas aprendimos porque nos llevaba, nos llevaba para sobar y para todo, y ya no daban sus manos, con el codo entonces, con éstas [refiriéndose a sus propias manos] (partera 3C).

La primera vez que atendió a una mujer de manera independiente, fue porque eran escasos los servicios de salud en el área donde vive, así que la mujer se presentó de urgencia para pedirle ayuda. Las herramientas que utilizó estaban determinadas por su contexto inmediato, ya que debía actuar con lo que tuviera a la mano. La partera 3C coincide con las parteras en la importancia de la curación del ombligo de la persona recién nacida; a dicho proceso se refieren como *caldear*.

Pues yo iba con mi mamá y me decía pasa esto, pasa el otro, porque el bebé ya viene [...] porque antes era con tijera, pero bien hervidas, porque antes no usaba uno mucho alcohol, hervidas, ya tenía uno su... ¿cuál estuche? ¿Cuál? No, en una cacerolita, los hervía bien, bien, los hervía, ya para cortar el ombligo veinte centímetros de la tripa de ellos al ombligo, cortar y amarrarlo, bien amarradito, unos dos centímetros, bien amarradito, ahí está el nene y diario, diario, antes se iba a *caldear*, porque se *caldiaba* con aceite (partera 3C).

La partera 3C señaló que existe un compromiso entre la partera y la mujer embarazada, pues como parteras tienen la responsabilidad de que el alumbramiento sea exitoso, por ello es importante tener valor, y esta valentía la relaciona con Dios, pues él se va a encargar de ayudarla para que ella pueda auxiliar a la persona que lo necesita. En este sentido explicó que, para ser partera, no solamente hay que tener un conocimiento, sino también fe.

El valor, encomendarse primero a Dios, y es el valor que tiene uno que agarrar para con ellas, porque si tú te acobardas, te gana, en cambio no, voy a hacer esto Dios y que salga y que salga, tú, Dios mío me vas a ayudar, y yo voy a ayudar a la persona y así [...], pues creo que traemos el don de Dios, es una cadena y así. Yo a mí, pues le doy gracias a Dios [...] le hacemos la lucha, y gracias a Dios, ahora sí que, con él, con Dios y uno [...] (partera 3C).

Para las parteras entrevistadas su práctica no es individual, sino que en todo momento están, como vimos anteriormente, trabajando con la ayuda de las otras parteras y también, de manera simbólica, en compañía de Dios; aunque, como mostró la partera 3C, la fe se está perdiendo entre las más jóvenes:

Antes sí, pero ahora ya no creen, porque eso sí también para curar hay que creer, por eso yo cuando vienen a curar tengo mi altar y todo, ya le pido a Dios y todo para que esa persona que yo curo, que tenga su alivio, que se sienta bien y todo, y gracias a Dios todos los que vienen dicen «¡Ay! dormí bien tranquilo» la primera curada [...]. Cuando lo empieza uno a barrer, le empieza uno arriba para abajo, aquí se le hace una cruz y ahora sí que Diosito nos dé la fuerza y la voluntad, y ellos también que creen para que así sanes, y así, tenemos que sí pedirle a Dios y así persignarnos [...] (partera 3C).

Para la partera 3C es necesario que las mujeres que quieran aprender la partería sean observadoras y aprendan a identificar las plantas y sus beneficios curativos, que aprendan a distinguir las enfermedades como el susto y a barrer con hierbas. Que conozcan qué hierbas existen y dónde se pueden conseguir, sobre todo con plantas que crecen lejos (en el monte); que aprendan cómo se pueden cultivar las hierbas y las condiciones climatológicas de cada planta. En este sentido las parteras deben de tener conocimiento de las hierbas y del territorio en el que viven.

Depende ¿no? Que le echen ganas y que quieran aprender y que sean “observativas” de cómo uno hace, porque no, no, *para eso no se estudia*, nada más es puro... observar y conocer, conocer las hierbitas, cuál es para esto, cuál es para el otro, cuál es para el susto, cuál es para el empacho, cuál es, qué hierba es para barrer y todo, para qué se ocupa, sí, porque de hierbas hay hierbas, pero hay que ir a traerlas, a conseguirlas, a ver a dónde hay. Por ejemplo la hierba

del empacho puras lomas ahí, puras lomas, la única que se tiene que ir a conseguir es la hierba de trovador, esa no hay cerca, por eso cuando es tiempo de que ya ve uno que ya está así chispeando o lloviznando pues ya está retoñando, que este ahora sí que tiernito, ya los trae uno, ya los tiende uno abajo de, en la sombra, no en el sol para que así se vaya secando poco [...] Y ya pues hierba buena, manzanilla y todo pues ya hay aquí, pero lo único que tiene que ir a conseguir es el trovador porque no se da aquí cerca, se da pues lejos, eso es para el empacho (partera 3C).

En la entrevista, llama la atención que la partera 3C, por un lado, afirme que para aprender la partería “no se estudia” y, al mismo tiempo, que es necesario observar y “conocer” las plantas, sus efectos y usos. Esto podría hacer pensar en una contradicción, sin embargo, para las parteras, el conocimiento no deriva de un estudio teórico y abstracto de las plantas y de los métodos y procedimientos curativos, sino de la práctica y de la observación que se realiza en la labor de curandería y la vida cotidiana. En este sentido, la afirmación de la partera 3C, según la cual, para ejercer la partería “no se estudia”, debe de interpretarse, muy probablemente, en el sentido de que el conocimiento y el aprendizaje no se consideran como procesos abstractos sino como una actividad fuertemente vinculada a la práctica, como un saber-hacer, más que un saber-saber.

Lo anterior se puede problematizar con base en los aportes de Trilla (2011) quien, retomando los aportes de Coombs (1985), propone una taxonomía respecto al universo de la educación, para lo cual propone una tripartición entre: educación formal, no formal e informal. Lo define de la siguiente manera:

La educación formal comprendería “el «sistema educativo» altamente institucionalizado, cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado que se extiende desde los primeros años de la escuela primaria hasta los últimos años de la universidad”. Llamaban educación no formal a “Toda actividad organizada, sistemática, educativa, realizada fuera del marco del sistema oficial, para facilitar determinadas clases de aprendizaje a subgrupos particulares de la población, tanto adultos como niños”. Y la educación informal la describían como “Un proceso que dura toda la vida y en el que las personas adquieren y acumulan conocimientos, habilidades, actitudes y modos de discernimiento mediante las experiencias diarias y su relación con el medio ambiente” (Trilla, s/f: 112).

En este sentido, se podría interpretar que la formación de las parteras entrevistadas se engloba en un proceso educativo informal, y como sostendré a lo largo de este trabajo, a partir de una pedagogía (y una epistemología) implícita.

Por último, la partera 3C señaló el desinterés como causa principal de que las nuevas generaciones ya no quieran aprender estas prácticas y el desplazamiento que han tenido estos saberes a partir de la llegada de los médicos alópatas. A pesar de ello, la curandería sigue viva en la comunidad porque a nivel económico es una opción más accesible; también la cobertura y calidad de los servicios de salud siguen siendo carentes en la Sierra Juárez. Además, las curanderas comparten códigos culturales con quienes atienden, lo que facilita el acercamiento a la comunidad.

4.1.5 Partera 4I

La partera 4I aprendió de manera intergeneracional observando desde la infancia cómo su mamá atendía a otras mujeres.

Su madre aprendió a partir de una experiencia de emergencia en la que tuvo que ayudar a su madrastra a dar a luz. Cuando ocurrió esta situación la partera no tenía todavía los conocimientos previos en la atención al parto, de aquí que la partera 4I señale, durante la entrevista, que las parteras nacen con el don, pues a pesar de esto supo cómo actuar.

pero sí ella lo aprendió [refiriéndose a su madre] nadie le enseñó, sino fue por una necesidad, una... ¿cómo puedo decirte? Pues de que no había quién atendiera a su madrastra entonces ella la atendió y de ahí se siguió. Yo creo que el don ya lo traemos ¿no? el don lo traemos ya (partera 4I).

Sin embargo, como emerge de manera muy clara en la entrevista, el don es necesario, pero no suficiente, en cuanto, para ser parteras hay que tener también conocimientos; éstos, la partera 4I los aprendió de manera indirecta e implícita de su mamá: observando, escuchando y participando en los procesos.

Aprendí de mi mamá, aprendí, porque para que ella me hubiera explicado, hubiéramos tenido ese tiempo pa' que ella me dijera o me explicara, no, sino que solamente la forma en que me

atendió ella, o a veces yo iba cuando ella curaba y veía yo, me sentaba, yo era una niña, me sentaba yo, y mi mamá haciendo sus curaciones y de ahí pues aprendí [...] (partera 4I).

Con base en su narración, se puede afirmar que los procesos de aprendizaje de partería se dan a partir de una pedagogía tácita, recolectando informaciones que no son dadas de forma directa ni explícita, sino que se encuentran implícitas en las prácticas y que solicitan observación, atención y capacidad de elaboración personal por parte de quienes aprenden.

Para la partera 4I su conocimiento está relacionado con su fe en Dios; en algún sentido, éste puede interpretarse como una figura pedagógica que direcciona la mirada de la partera.

Pero te digo, de dónde sacaba yo aquello, nombre Dios mío, después digo, *cómo es Dios tan grande que me orientó*, me daba, este, cómo hacer pues, porque ni siquiera, pues como digo, era la primera que iba yo a atender (partera 4I).

En distintas ocasiones la partera 4I mencionó haber recibido el conocimiento de Dios, quien le ayudó a resolver las problemáticas de salud que se le presentaron. Para ella el don se reveló como una “voz” que le instruía y la guiaba en los procesos curativos, por ejemplo, disminuir el sangrado después del parto a través de amamantar a la persona recién nacida, lo cual corta el sangrado. Y en otras curaciones como a continuación:

Pues te digo que solamente, porque pues *muchas curaciones que sé hacer pues no sé, me viene de la mente*, yo pues les digo ¿no? yo les hablo con franqueza *que yo solamente le pido a Dios que me ayude, él solamente me ayuda*, por eso me gusta hacer mi peregrinación, siempre le pido a Dios y a la Santísima Cruz que me ayude, porque me sucedió con mi José, él estaba enfermo del estómago [...] Me encomendé tanto en Dios y en la Santísima Cruz y le dije que me ayudará, que me iluminará qué le iba a hacer yo a mi nene, porque pues ya no podía, no teníamos dinero, él ya se fue a trabajar, yo me quedé, acabé de moler y estaba yo sentada mirando a mi nene [...] y me encomendé tanto en Dios, le dije que me ayudará porque pues ya no podíamos, que me iluminará mi mente cómo iba yo a hacer. Y mira, pero no les miento, *por Dios, no les miento, que alguien me dijo* «mira no te preocupes, anda ve por el chamizo del río, hoja de higuierilla blanca, la higuierilla es una que ahí se asoman sus hojas, es verde, verde la hoja de higuierilla [...]» ¡con aquello sano mi hijo! Por eso le digo que yo

siempre me encomiendo a Dios, que él me ilumina, y he hecho muchos trabajos que han salvado vidas (partera 4I).

Aunque la partera 4I narró no haber visto a alguien realizar las curaciones que ella hacía, es importante recordar que su madre ya practicaba la partería.

No...pues *sólo Dios me ilumina y me vino solamente así porque no vi a nadie que curará*, por ejemplo, de la persona que te digo que estaba a punto de salirse su matriz a nadie, que a los hombres por igual que... de eso del susto sí me comentó una prima y de ahí lo hice yo, y de ahí agarré, le di más, este, lo amplié más y ya, este, pero de las demás curaciones me vienen nada más, le digo, a la mente (partera 4I).

Después de esta experiencia como partera, la comunidad comenzó a identificarla como una persona confiable para atenderse. Respecto a eso la partera señala lo siguiente:

Y el segundo parto, fue de una comadre mía, igual dice «No, yo ya supe que usted ya va a atender, ahora usted me va a atender» a lo mejor se corrió, y dice, «ahora me va a atender usted comadrita porque ya supe que usted ya fue» (partera 4I).

Las parteras tienen una relación muy estrecha con las mujeres que atienden, pues por lo regular se conocen por ser parte de la misma comunidad. Estas relaciones, en algunas ocasiones, después del parto o de alguna curación, cambia para volverse comadres o compadres de las personas que atendieron. También algunos de las/os bebés que recibieron se refieren a ellas como abuelitas y les guardan un gran respeto y cariño. La relación que existe entre parteras o curanderas y sus pacientes marca una diferencia sustancial con relación a la medicina occidental y sus prácticas. En torno a esto, la partera 4I narró lo siguiente:

ya está bien el muchacho, bien, bien está, y pues a él le dijeron, para ellos, que yo le devolví la vida, lo salvé pues, lo salvé y entonces él me dice abuela, abuelita, en donde quiera que me lo encuentro «abue» ya se acerca, me abraza, porque está muy contento de que lo salvé, ese fue el tercero (partera 4I).

Una experiencia significativa para la partera 4I fue cuando tuvo que atender un embarazo de alto riesgo, dado que la mujer tenía problemas de alcoholismo y esto había perjudicado al feto, y al nacer tuvo varias complicaciones: el niño nació muy hinchado y moradito de la piel y su orina era negra, aunque con el tiempo mejoró. Para resolverlo, se encomendó a Dios y le pidió que la orientara para poder salvar al recién nacido. Después la partera 4I y la parturienta se volvieron comadres. Sin embargo, al presentarse una problemática respecto al cuidado del niño con relación a los problemas de alcoholismo de la mujer, la partera pidió hacerse cargo de la crianza del niño.

era borrachita, y le digo, pues quién sabe, «la voy a ver cómo viene», no pues qué va a venir bien, [...] batallé mucho, que se bañaba con agua calientita, que la calentaba yo, que le daba té, la acomodaba yo y nada, a las cinco de la mañana ya, ya nació el niño, pero igual, muerto parecía y negro estaba el pobre nene, y ya pues le di respiración, ah, pero yo siempre gritándole a Dios, encomendándome a Dios [...]. Sí, se salvó gracias a Dios, yo tanto que me encomendé en él, solamente él siempre me ayudó, siempre, por eso es de que vive el muchacho. [...] ya después se hizo mi comadre, pero mucho tomaba, después que nació el nene pues seguía tomando y ahí estaba. Una vez que fui yo, ahí tenía en su corredor una cobijita y ahí estaba su nene lloré y lloré, la regañé y le dije «mira cómo tienes a ese nene ahí ¿te acuerdas cuando nació?» le dije, yo pues gracias a Dios me ayudó y volvió tu nene y ahí está y ahora qué vida le estás dando, mejor me lo regalas, le dije, soy pobre, pero lo voy a cuidar «no, no, no» dice, sí lo voy a cuidar (partera 4I).

Estas dos últimas experiencias ponen en evidencia que la responsabilidad social que tienen las parteras o médicas tradicionales no coincide con los límites y responsabilidades de la medicina alópata. Se puede identificar que la responsabilidad de la partera no termina después del parto. En comparación con la medicina alópata, en la partería existe una extensión de la responsabilidad a la comunidad, y no sólo a la atención concreta de la salud física de la mujer y de la persona recién nacida.

4.1.6 Sobadora 6E

El presente trabajo tiene entre sus objetivos comprender la epistemología y la pedagogía propia de los saberes tradicionales, por ello, decidí integrar la entrevista con la

sobadora 6E. Al igual que para algunas parteras como 1E y 3C, sus conocimientos son una herencia familiar y lo aprendió desde la niñez porque la medicina tradicional era parte de su vida cotidiana.

La sobadora 6E es una mujer de veintinueve años, que se dedica a sobar y proviene de una familia de médicos tradicionales. De acuerdo con su narración comenzó a dar masajes desde los quince años en compañía de su tía.

No, partera no, nos decimos llamar médicos tradicionales pero los conocimientos que tenemos son de herencia, mi abuelito, mi bisabuelita fue partera, mi abuelo es huesero, él todavía vive, y entonces esos conocimientos los hemos heredado. Desde que yo era pequeña veía como nos curaban a nosotros mismos, y como curaba mi abuela, mi bisabuela a las demás personas, mi bisabuela ella sí fue partera, pero ya su hija ya no lo quiso aprender, y creo que también es un don ¿no? que ya trae uno, porque te tiene que gustar lo que haces, porque si no te gusta nada más por, bueno en nuestro caso que tenemos este negocio, si lo haces por dinero pues no funciona, no tiene efecto la curación pues, *tiene que tener el don y el amor por lo que haces* (sobadora 6E).

Los saberes tradicionales pueden llegar a ser restringidos, ya que, algunas prácticas curativas se han construido a nivel familiar, y por ello, sólo se comparten entre parientes.

Pues con la abuelita, mi abuelita era la que sabía de plantas como no tienen idea, yo le aprendí un poco, y otro poco he ido investigando por mi cuenta, pero pues también aquí a veces las abuelitas ya no te dan las recetas como sea, y la que te va a dar la receta es tu abuelita, tu familia, porque otras abuelitas son muy celosas de sus recetas y no las da, no las da, y entonces yo aprendí por mi abuelita, por mi abuelo, por una tía que tengo que también se dedica a esto de la medicina tradicional (sobadora 6E).

Lo anterior marca una diferencia entre las parteras y la sobadora en cuanto a la accesibilidad que se tiene a los saberes ancestrales. Mi interpretación es que las parteras indígenas han estado sometidas históricamente al despojo de sus saberes y a la apropiación de éstos, y hacerlos restringidos representa un acto de resistencia. Tomando en cuenta que la sobadora 6E contrasta en edad con referencia a las parteras entrevistadas, considero que el cambio generacional marca una diferencia sustancial, pues podría decirse que las parteras

aprendieron la práctica de la partería por necesidad, sin embargo, para la sobadora existe una reflexión sobre la importancia de los saberes tradicionales, su recuperación y protección.

Como mencioné, el proceso de aprendizaje de las médicas y los médicos tradicionales se da en contextos informales, aunque puede llegar a ser intencional, ya que las mujeres buscan que éstos no se pierdan y que sus hijas y nietas los continúen practicando.

Sí, sí te explican, bueno mi abuelita era así, de que ven vas a ver para que un día que yo no esté tú lo hagas, tú, tú así vas a curar a tus hijos, a tu familia, así me decía la porción, qué tiempo tenía que hervir, si tenía que ser en una ollita de barro, todo eso, qué cantidad de agua, entonces ellos te explicaban, pero con detalle pues cómo iba a ser, cómo ibas a preparar el remedio (sobadora 6E).

Para la sobadora 6E, una de las causas de la desaparición de los saberes tradicionales es porque no existe una escritura de éstos y los miembros de la comunidad que los poseen suelen ser personas de edades avanzadas, por lo que cuando fallecen muchos de los saberes se pierden. Por otro lado, la sobadora 6E mencionó que las nuevas generaciones no están interesadas en aprender y practicar la medicina tradicional.

ese es nuestro error ¿no? Y creo que por eso se ha perdido mucho esto de la medicina tradicional, porque no hemos sido curiosos de ir anotando todas las recetas que nos daban los abuelos, desafortunadamente pues ya mi abuelita falleció y ya se perdió, mi abuelo sí sabe, pero es de poca paciencia y no le gusta enseñar igual, pero lo que aprendí ya lo tengo bien grabado y en la memoria (sobadora 6E).

Uno de los mecanismos que han utilizado para mantener y revitalizar las prácticas tradicionales ha sido por medio de talleres en donde asisten médicos tradicionales de la comunidad. De estas experiencias, algunas/os curanderas/os han enriquecido sus conocimientos y adoptado prácticas y remedios que ahí comparten.

También la sobadora 6E, como las parteras entrevistadas, mencionó que para curar o atender un parto es necesario tener el don. De acuerdo con su experiencia, el don se manifiesta como el talento para poder realizar una curación. A pesar de que haya una explicación racional y explícita sobre cómo realizar algún trabajo curativo, es necesario que se perciba o

reciba el don, como una suerte de capacidad innata que habilita las prácticas que se van a realizar.

Sí, [curo] de susto, de empacho, de los masajes, lo que si no hago son limpias, porque de eso si no tengo el don de hacer limpias [...]. No tengo el don porque alguna vez lo intenté ¿y qué pasa? Que te sientes, tú recibes todo el cansancio, todo ese malestar que carga la persona, ya te empieza a dar dolor de cabeza, hasta vómito me ha llegado a dar. [...] entonces ahí me di cuenta de que yo no soy para las limpias, porque sí me lo enseñó mi tía, sí me dijo, el huevo se ve así, o si se ve una burbujita aquí, o si se ve el velito significa esto, cualquier cosa, me explicó siempre, siempre que ella ha trabajado me ha explicado cómo sale el huevo, cómo se interpreta, pero la verdad no, no tengo la energía, no tengo la energía, ni el carácter para hacer las limpias, entonces aquí yo mejor no trabajo con limpias (sobadora 6E).

El don puede interpretarse como una disposición física, espiritual o una predisposición religiosa a la fe, como en el caso de la partera 4I, para ejecutar determinados procesos curativos, y la ausencia de éste puede llegar a causar malestares intensos. También, el don se puede traducir como amor y satisfacción hacia el trabajo.

Pues lo sientes, porque por ejemplo yo, cuando doy un masaje, es cansado porque es durante cuarenta, cincuenta minutos un masaje, y lo hace uno con mucha fuerza, entonces yo no siento ese cansancio porque me gusta hacerlo [...] no te cansa, no te estresa, no te aburre, no, lo haces con todo el amor, lo haces de buena gana, no te pesa pues, das dos, tres, cuatro masajes en un día y sientes que no te cansa, y la satisfacción que te da ver a una persona que te dice, «¡Ay! Me siento súper bien ¡ay! Que rico, ¡ay!», entonces eso es lo que digo yo que es el don, pues. Algo que sí, que te hace sentir satisfacción de tu trabajo, estar contento con lo que haces (sobadora 6E).

4.2 Interpretación epistémico-pedagógica de las entrevistas

4.2.1 El don

Continuando con la indagación ¿cómo son las pedagogías involucradas en los procesos de (re)producción de los saberes tradicionales de partería? Se encontró que la partería en las regiones antes mencionadas de la Sierra Juárez, Oaxaca, se aprendió de manera comunitaria e intergeneracional, así como por experiencia propia de parto de las parteras o

al estar frente alguna emergencia. Los procesos de aprendizaje de los saberes medicinales, en este contexto, se dan inmersos en la vida cotidiana de las mujeres, por eso se puede entender sean interrelacionales e implícitos en la observación, la imitación y la participación en los procesos de curación. Esto no excluye, sin embargo, que exista una enseñanza mínima explícita; no obstante, como ponen en evidencia Valladares y Olivé (2015) los saberes propios de las comunidades indígenas se transmiten, sobre todo, en contextos informales, donde no siempre existe una precisa intencionalidad educativa, sino que, comúnmente, las enseñanzas son implícitas en las prácticas productivas, rituales, médicas, etc. del quehacer cotidiano (Gasché, 2008).

De las entrevistas, emerge, además, otro elemento fundamental para entender los procesos de aprendizaje de la partería, que es el don. En relación, las parteras explicaron que en los procesos de aprendizaje de los saberes de medicina es el don el elemento que permitió explicar quiénes pueden adquirir dichos conocimientos, ya que, como ellas expusieron, no se puede realizar ninguna actividad en específico y ningún ritual para llegar a ser partera, sino que esta actividad está relacionada con una predisposición innata, que tiene que ver con algo que una persona puede o no puede hacer. El don autoriza el aprendizaje de los conocimientos, encontrándose como fundamento epistémico de los saberes de partería en este contexto. En esta perspectiva, como señala Rosa (en prensa), en términos de la pedagogía occidental, el don puede ser entendido como un “talento” que debe cultivarse. De hecho, en las entrevistas se encontró que el don es un elemento necesario, aunque no suficiente, dado que, para ejercer la partería, y de forma general los conocimientos curativos, se tiene que aprender saberes prácticos, instrumentos diagnósticos, técnicas, conocimientos de plantas y procedimientos.

La ausencia del don puede ocasionar que las personas se sientan mal después de alguna actividad curativa. En este sentido, la partera 4I narró como una ocasión se enfermó de susto y tuvo que pedirle ayuda a su esposo y a su hijo, y al intentar curarla sólo hizo efecto con su hijo, pues es quien tenía el don. Así, el don se puede manifestar no solamente de manera individual, sino que puede ser algo intergeneracional, ya que en algunas ocasiones son los familiares quienes tienen el don y lo heredan (comparten) de generación en generación.

«Sí, mamá» dice, «la vamos a curar». Ya vino mi nuera, ya vinieron, me llamaron y este, ya salió mi hijo como le digo que hago con el machete, me llamaron y todo, pero el que lo hizo fue Ubaldo, Ubaldo se sintió muy mal, pero Félix no, porque cuando no es nuestro don así se siente uno mal, y no pues ya me llevaron al río, me curaron como yo curo ¿no? Mira, santo remedio (partera 4I).

En efecto, el don constituye uno de los puntos nodales de la epistemología relativa al saber médico comunitario, es decir, en la forma de construcción del conocimiento, que fundamenta la relación enseñanza- aprendizaje, ya que autoriza el aprendizaje y la posibilidad de usar los conocimientos. El don, de hecho, se presenta como un “anuncio” que advierte si las parteras tienen o no la predisposición necesaria para poder curar; ésta se manifiesta, por ejemplo, a través de las manos, como el caso de la partera 1E, que describí anteriormente. Las que no tienen el don no pueden curar o, como se verá, pueden hacerlo, pero puede producir efectos sobre su salud. La misma partera 1E explicó que una mujer le pidió a su mamá que le enseñara sobre algunas curaciones, sin embargo, dado que ella no tenía el don, no pudo convertirse en curandera.

[...] le ayudaba a mí mamá [...] ya le ayudaba ella y ya, ya vio y ya más o menos cómo le hacía, pero curioso es porque venía y le decía a mi mamá, «fíjate que fue fulana y esto tiene ¿cuál doy?» Y yo le decía a mi mamá, «pues eso no tiene chiste, el chiste es que si sabe ella lo va a hacer». «Déjala» dice, «si mis manos son las que curan». Y si iban, y ya luego volvían con mi mamá y decía «¿qué no ya habían ido?» Dice, «no, no, es que no, es que es mi mano» decía mi mamá (partera 1E).

Y al cuestionar si cualquier persona puede aprender los saberes tradicionales agregó lo siguiente:

No pues sí, de aprenderlo sí, pero de que le haga ya es otra cosa, te digo que yo le expliqué a esa muchacha, yo le he explicado, si a mí mi mamá no me explicó esto y esto, no yo vi y cómo funciona, y yo a ella le digo mira esto le pones aquí y esto aquí, esto es para esto, acuérdate y hasta lo apunta, lo hace y trae a los niños de todos modos, porque no funciona de todos modos, me imagino que es la mano, *es la mano de cada una, sí, sí, sí, uno ya trae eso* (partera 1E).

El don puede manifestarse ante alguna emergencia, de modo que las parteras saben cómo actuar, aunque no puedan explicar cómo lo saben; es decir, la construcción de sus conocimientos se caracteriza por un “saber hacer”, pero parece faltar la dimensión del “saber saber”. Como recuperan Valladares y Olivé (2015), los saberes tradicionales se caracterizan por ser tácitos -lo que en ocasiones se identifica con lo personal-, y suelen ser difíciles de codificar o articular, aunque por su naturaleza se pueden constatar en la práctica, es decir en el saber hacer.

En algunas de las primeras experiencias mencionadas por las parteras entrevistadas, como en el caso de la partera 4I, al atender un parto por emergencia, el conocimiento es dado por Dios, el cual se presenta como figura de maestro y guía, pues orienta la práctica y la mirada de la partera. Los conocimientos que son dados por Dios se caracterizan por un acto de fe, en donde la partera se encomienda a él para que le otorgue los remedios que aliviarán a los enfermos; no obstante, la labor de la partera solicita identificar previamente las condiciones físicas de los pacientes, y estas habilidades son aprendidas por algún familiar o entre pares. En otros términos, aunque las parteras como la entrevistada 4I se encomienden a Dios, saben que para curar es necesario tener un conocimiento práctico. También es importante resaltar que estos saberes se encuentran en vinculación con el entorno geográfico, pues entre los remedios utilizados suelen estar las plantas de la región y los materiales y herramientas que tienen a su alcance.

4.2.2 Relaciones familiares y comunitarias

Aunque el don es el elemento que permite el descubrimiento del talento y la legitimación para utilizar el saber, para las parteras 1E, 3C y 4I fueron muy importantes las relaciones intergeneracionales con algún familiar, generalmente mamá y/o abuela.

Los procesos de aprendizaje intergeneracionales de las parteras mencionadas se dieron participando y observando las prácticas de la partería, desde edades muy tempranas.

Las parteras 1E, 3C y 4I explicaron que ayudaban a su mamá a asistir los partos, y a través de la observación y la escucha se fueron apropiando de los saberes. Entre las primeras tareas que tenían al atender estaba la identificación de las plantas y de los instrumentos que se utilizaban. Así, el proceso de aprendizaje de la herbolaria iniciaba desde la niñez, y se

solicitaba que reconocieran cada planta y supieran sus propiedades curativas. Incluso, la sobadora 6E, que sigue enseñando a su hija e hijo la medicina tradicional, mantiene la pedagogía propia de estos saberes. Respecto a esto, explicó cómo continúa preparándolos desde la infancia.

Igual les gusta [refiriéndose a su hija e hijo] cuando nos salimos a recolectar plantas, porque las ponemos a secar y ya hacemos nuestros compuestos [...] ahorita le digo «córtame cedrón, ya sabes que es para el estómago, ya sabes qué cantidad vas a...» y ya también, como que los involucro cuando tengo trabajo acá. Ayúdenme a traer mi plantita, ya saben cuál pongo para después del temazcal, ya van, ellos ya recolectan y ya más o menos ellos van ubicando para que son las plantas (sobadora 6E).

Por otra parte, algunas parteras, como la partera 4I, han sido “obligadas” a atender los partos, principalmente porque las mismas mujeres (generalmente familiares) les exigen continuar con la labor que ejercían sus madres. No se trata, sin embargo, de una imposición en el sentido estricto de la palabra, de una coerción, sino del reconocimiento de una suerte de obligación social, lo cual puede interpretarse como la responsabilidad que se basa, por una parte, en continuar con la tradición y, por la otra, en hacer frente a la necesidad de ayudar a las mujeres a parir en un contexto donde había pocos servicios médicos y hospitales. Por ejemplo, las primeras experiencias de todas las parteras entrevistadas estuvieron determinadas por atender un caso de emergencia, ya que no había servicios de salud pública como clínicas u hospitales a las que ellas pudieran acceder; y, también, porque las mujeres mismas no querían acudir al médico porque preferían el trato que recibían de las parteras.

Este, pues mira, yo como quién dice también fui obligada a hacer el trabajo, una cuñada mía que se aliviaba siempre con mi mamá y pues ya había fallecido mi mamá, eso fue en el setenta y siete, el setenta y nueve empecé, me dijo mi cuñada, dice «mira, yo no voy a ir al hospital, porque no estoy acostumbrada y no, no, no, no quiero ir, entonces, tú me vas a atender». Le dije «pero ¿cómo crees que yo te voy a atender, si yo no sé?». No, dice, «si tú me vas a atender, tú vas a poder, tienes que poder». Y le digo «no sé». «No, no, no, nada de no sé, tienes que poder, tienes que poder» [...] (partera 4I).

Los saberes de la partería tradicional son conocimientos situados en las familias de origen; es interesante destacar que éstos tienen construcciones distintas de acuerdo con las familias, ya que en algunas ocasiones el acceso a los mismos puede llegar a ser restringido. Por ejemplo, en algunos casos se encontraron prácticas distintas para atender una misma enfermedad, y esto se debe a que sus procedimientos se originan desde sus condiciones contextuales: las herramientas, instrumentos, o incluso medicamentos que se producen con plantas que tienen a su alrededor, las cuales pueden variar de una comunidad a otra, al igual que los nombres que les otorgan. Dichos conocimientos, en algunos casos, sólo se comparten a nivel familiar, y no -de manera suficiente- a nivel comunitario.

Pues si pudiera ser, pero te digo, las abuelitas son muy celosas, muy celosas, muy celosas de sus recetas, entonces no te dan fácil una receta. Sólo entre familia, entre familia, así que tu mamá te diga, que tu abuelita te diga así, solamente así, pero ya que otra abuelita de otra familia te comparta es muy, muy difícil (sobadora 6E).

Sin embargo, las parteras 1E y 2L (quienes son de la misma familia) mencionan que comparten conocimiento entre ellas de manera más horizontal; mostrando que la reproducción a nivel familiar de los saberes a veces puede tener un acceso cerrado, aunque uno de los mecanismos que han permitido el mantenimiento de las prácticas de la partería en las comunidades estudiadas ha sido el aprendizaje a nivel comunitario. Esto se realiza en el intercambio de conocimientos entre pares, entre partera y parturientas (como se ha visto anteriormente), o en las reuniones formales que los médicos tradicionales realizan para compartir sus conocimientos; las cuales son una manera en que se puede recuperar y revitalizar estas prácticas.

En las entrevistas se encontró que un elemento importante es el reconocimiento social del conocimiento: ¿por qué las mujeres acuden con las parteras? Las parteras tienen el dominio de un saber específico distinto al de la medicina alópata; éste no se legitima a través de alguna institución educativa, sino a través de la experiencia adquirida por sus familiares o por otras parteras, y por la experiencia lograda al asistir algún parto; por lo que, una vez que se sabe que una mujer atendió un parto y todo salió bien, se obtiene la confianza de la comunidad para continuar atendiendo. Así, las primeras experiencias de atención del parto

las autorizó para realizar esta actividad, pues después de esta vivencia, la gente de la comunidad empezó a buscarlas para llevar a cabo este trabajo.

La autoridad que tienen estas mujeres en la comunidad no se limita a los saberes medicinales, sino también en el sentido ritual, pues los saberes que poseen las acreditan para otros trabajos, tales como “limpiar” (hacer limpias) en los lugares para una construcción.

Dado que los conocimientos de partería siguen una perspectiva epistemológica basada en la práctica, se puede identificar que para ellas, las personas jóvenes no tienen la experiencia necesaria para poder ejercer como ellas; esto se puede observar porque existe un centro de médicos tradicionales conformado por mujeres jóvenes, pero las parteras señalan que no tienen el ejercicio suficiente y que de hecho recurren a ellas, a las que llaman "las abuelitas", para que les ayuden a resolver algún problema de salud o a conseguir determinadas hierbas.

Por otro lado, se puede sostener que las parteras encarnan un saber que refleja la cosmovisión popular de la comunidad, en la que no existe distinción entre conocimientos técnicos, relacionales y ritualidad, sino que, al contrario, comprende lo espiritual, la fe y la creencia como elementos fundamentales del proceso de salud y sanación en general, y de los procedimientos que acompañan al parto de manera más específica. En este sentido se puede afirmar que las mujeres prefieren acudir con las parteras tradicionales, porque ellas representan los mismos valores y cosmovisión compartidos.

4.2.3 Conocimiento holístico

Con relación a lo mencionado arriba, en las entrevistas se puede ver que no existe separación entre dimensión profana y sagrada, sino que la fe y los rituales relacionados son parte del proceso de interacción en el parto y, de manera más general, en el de curación. Lo anterior, responde a la cosmovisión que comparte rasgos con la medicina tradicional de los grupos originarios de Mesoamérica, -esto es lo que López Austin (2001) nombró núcleo duro de la cosmovisión y tradición mesoamericana-, como la visión holística de lo humano. Por ello los procesos curativos toman en cuenta la relación entre las dimensiones corporales, emocionales, con la naturaleza o el universo; estas dimensiones conforman una unidad inescindible, a diferencia del saber médico-científico que se concentra sobre el cuerpo.

Con base en Hirose (2008), la medicina occidental refleja la visión cartesiana que divide la mente del cuerpo, mientras que desde las medicinas de algunos grupos indígenas mesoamericanos tal separación no es visible. De manera general, desde las medicinas indígenas, la cuerpo es concebida “como una entidad orgánica y espiritual, en íntima asociación e interdependencia con el espacio y el tiempo” (Hirose, 2008: 57). Y como recalca Rosa (2019), no hay dimensiones de la vida que no estén relacionadas con la dimensión de lo sagrado.

Todas las parteras son también curanderas, esto indica que no tienen una visión del conocimiento como especialización, lo cual marca una diferencia respecto al conocimiento occidental. Hirose (2008), a partir de su estudio sobre los el *h'men* (médicos y sacerdotes tradicionales) en la población maya de la región de los Chenes en Campeche, muestra que, “el médico tradicional maya es un sanador con una formación integral” (22). Por lo que en los términos culturales “propios” no se puede hablar de una especialización en la medicina tradicional (huesero, hierbatero, partera, tallador, sobadora), por el contrario, su visión holística de la cuerpo humana, expresa una formación de conocimientos y habilidades en distintas áreas de sanación, aunque pueden llegar a tener, de acuerdo con su don, mayor habilidad en la atención de algunas problemáticas de salud. También, “Los mayas antiguos concebían al cuerpo humano a imagen y semejanza del cosmos” (Hirose, 2008: 55).

En algún sentido, esto puede coincidir con la medicina practicada por las parteras entrevistadas en la Sierra Juárez; por ejemplo, desde la cosmovisión maya se considera que “la persona está integrada por un cuerpo (*cucut*), cuya estructura es una réplica de la estructura cósmica, con cuatro rumbos y un centro, que en su aspecto material está conformado por los mismos elementos de la naturaleza, es decir la tierra, el agua, el fuego y el aire” (Hirose, 2008: 90). Para la medicina maya

Los elementos que conforman la naturaleza: tierra, agua, fuego, aire y luz, son los mismos que constituyen al ser humano y que simultáneamente se manifiestan como materia (su expresión física) y como energía (su expresión sutil), vinculando al individuo con su entorno físico y social, determinando su temperamento y su forma de actuar en el mundo (Hirose, 2008: 136).

Al igual que las parteras entrevistadas en la Sierra Juárez, algunos médicos mayas orientan su práctica mediante la premisa de que para conservar la salud es fundamental mantener o recuperar el equilibrio, en una “relación equitativa y recíproca con los demás seres, visibles e invisibles, con los cuales el ser humano interactúa” (Hirose, 2008: 97).

De manera parecida, en la medicina practicada por las parteras entrevistadas en la Sierra Juárez el concepto de salud involucra elementos como la cuerpo, la mente y el espíritu. En esta perspectiva, la enfermedad se puede entender como un desequilibrio entre distintas cualidades como frío-caliente, contemplando fenómenos naturales, las relaciones humanas y la reciprocidad con los dueños de los lugares. Estas “creencias” están relacionadas con elementos simbólicos asociados a la cosmovisión zapoteca, tales como la concepción de un universo interrelacionado, donde es fundamental mantener el equilibrio y la armonía entre todas las fuerzas; así, se encontraron algunos rituales como los de alimentar los lugares, para reestablecer dicho orden. Por ejemplo, con base en las entrevistas a las parteras de la Sierra Juárez, el *chaneque* es una entidad invisible que puede originar algunas enfermedades. Al igual que la representación de *yoshi*, estudiada por Déléage (2009) entre sharanahua de la Amazonia occidental, la noción del *chaneque*, no es enseñada de forma explícita a las generaciones más jóvenes. “La epistemología del saber ordinario al *yoshi* es entonces implícita, no exclusiva ni modificable. Aparece como la representación de un contexto de aprendizaje originario, al menos en un primer tiempo, y confiere todo su valor al saber transmitido” (Déléage, 2009: 75). En esta perspectiva, como señala Barabas (2010) sobre una investigación sobre la territorialidad simbólica en algunas poblaciones indígenas mesoamericanas, algunos grupos indígenas conciben los territorios como entidades anímicas, con las cuales es necesario establecer una relación de reciprocidad, de lo contrario pueden provocar algunas enfermedades. De acuerdo con su investigación, es necesarios realizar ofrendas y rituales a los “dueños de los lugares”. En este sentido, por ejemplo, el susto, para las parteras entrevistadas, puede interpretarse como la ausencia de la persona en un plano espiritual. Por ello, para curarlo algunas de ellas, como la partera 4I, van al lugar donde se produjo a “recoger” a la persona⁴⁰, pues consideran que los lugares tienen dueño y es

⁴⁰ Las parteras refirieron que el susto es un padecimiento en el cual la persona (su alma) se queda a nivel espiritual en el lugar donde sufrió una emoción intensa, y van a “recogerla” de manera simbólica al espacio específico donde aconteció, ésta es la razón por la que más tarde, la entrevistada 4I hizo énfasis en la relevancia

necesario ofrendarles algo para que permitan que la persona regrese. La partera 4I explicó que:

Sí, voy a levantar, a recoger a la persona, le doy de comer al lugar, le hablo ahí pues, para que suelte la fuerza de su corazón [...] bueno, cuando se trata de ir a levantar a la persona a comunidades cerca voy y le hablo al lugar, le doy de comer, le hago oración y todo y ya me traigo a la persona y sanan, pero mira es una curación muy efectiva (partera 4I).

Como se mencionó, la concepción de enfermedad de algunos grupos mesoamericanos está basada sobre una relación armónica y de equilibrio entre humanidad-universo/humanidad-naturaleza. En la siguiente cita se puede apreciar, por un lado, como los aspectos rituales conforman los procesos curativos, y por el otro, la concepción de enfermedad y de los procesos de curación, los cuales contemplan elementos como lo espiritual, corporal y el cosmos, en un sentido de remediar el desequilibrio de esta relación.

Bueno, ya la curé, y este, le dije, a tu esposo nada más, yo voy a hacer mi trabajo haya afuera y que tu esposo que te llame. Ya pongo una tina o una... ocupo de preferencia una cazuela, de esas de barro, este con agua, les hecho flores rojas y luego hago siete cruces de palma bandita y de ocote [...] entonces ya formo las cruces, me dicen algunos, uno, uno, un muchacho curioso me dice «¿qué significan esas cruces? ¿qué quieren decir esas cruces que le pone usted?» le digo, mira esas cruces, como están así esas cruces pues esas cruces lo llaman si se asustó pa' allá, pa' allá, pa' allá, de diferentes partes o lugares entonces eso significan las cruces, bueno, y ya pongo las cruces, las flores, las cruces y ya recojo a la persona [...] (partera 4I).

Con base en las entrevistas, en la medicina tradicional practicada por las parteras de la Sierra Juárez, la figura de Dios ocupa un papel relevante; así el proceso de curación esta interpelado por actos de fe, acompañados por aspectos rituales, los cuales, lejos de interpretarse como superstición o como un elemento de atraso, deben contemplarse como un elemento sustancial en la epistemología de este saber.

de hacer una reunión después de hacer alguna curación de susto, pues reciben a la persona que está de vuelta, es decir, que recuperó su equilibrio físico y espiritual.

Como explica Déléage (2009) para comprender la epistemología del saber tradicional se debe tomar en cuenta no sólo el saber cultural transmitido, sino también el contexto de aprendizaje y la representación en el contexto del cual emerge. Esta meta-representación es la que posibilita la adquisición del saber cultural.

Como se explicó en el capítulo 1, lo sagrado constituye una base ontológica del saber tradicional. De acuerdo con Rosa (en prensa) lo sagrado puede interpretarse como matriz constitutiva y de meta-contexto, por lo que no hay un elemento de la vida que pueda entenderse de manera separada de lo sagrado. El autor lo entiende como un meta-contexto en tanto lo sagrado se presenta como base en las relaciones de humanidad-naturaleza/humanidad-cosmos, así “lo sagrado representa una matriz constitutiva, onto-antropo-epistémica que permite organizar la experiencia del ser, cómo este se percibe con relación al ambiente y las prácticas culturales, gnoseológicas y epistemológicas relacionadas” (Rosa, en prensa: s/p).

Una diferencia entre la atención que brindan médicos alópatas de las parteras tradicionales tiene que ver con las emociones y sentimientos. Mientras que el saber de los médicos alópatas se caracteriza por ser racional y alejado de lo emocional. Las parteras incluso pueden llorar o experimentar algún sufrimiento en el proceso curativo.

bueno ya, todo así, así pues, por todos lados, lo llamo, lo llamo, pero así con mucha fe, con mucha fe, con todo mi corazón porque hasta me llega el sentimiento y lloro cuando estoy haciendo mi trabajo, y mira ya regreso y están llamándolo (partera 4I).

Siguiendo la investigación de Hirose (2008) para los médicos tradicionales mayas en la región de los *chenes*, se tiene la idea de que la persona o el espíritu de la persona se encuentra en la sangre, de modo que se cree que el alma está asociada a la sangre, y como tal es simbolizada por el color rojo. Esta idea se puede ver reflejada en algunos rituales donde se utilizan objetos de este color con fines curativos. Tal es el caso narrado por la partera 4I, donde señaló que utilizaba claveles rojos, por ejemplo, para realizar alguna curación de susto, la cual, de acuerdo con su explicación, puede significar la ausencia de la persona en el plano físico.

Muchas veces les toco aquí en la boca del estómago y tienen duro, duro, duro, tienen venas hasta el corazón, entonces les subo así y ya les soplo y si necesitan de la ortiga, entonces ya le barrí

con huevo, ya agarro mi ortiga con unas tres puntas de pirul, ya se quitaron la ropa, nada más se deja el interior entonces ya les hecho en todo el cuerpo, por delante y por detrás, pero primero hay que hacerle bien, bien sacarle el aire de la cabeza [...] así que curo de susto, y ya el machete va debajo del colchón ahí en su cabecera ahí se queda el machete y ya al siguiente día voy con las flores que se echan en una cubeta y me lo llevo al río y ahí voy a tirar las flores y si tiene sentimiento también, también curo de sentimiento. Después de que se haya curado de susto de que lo llame así con machete y todo eso, si tiene sentimiento porque ellos me tienen todo, todo que decir, si algo les ha pasado con franqueza pues para poderlos curar, y no pues sí ahí le encuentro también que tiene sentimiento, entonces pido ahí una docena de claveles rojos.

Como señala Rosa (en prensa) el ritual no debe interpretarse como un pensamiento supersticioso, por el contrario, debe entenderse como la base del conocimiento y de su validación; en síntesis, el ritual es “un elemento característico de una epistemología axiológicamente orientada” (Rosa, en prensa: s/p), la cual refleja valores, métodos y relaciones distintas a las del conocimiento científico-moderno.

Lo empiezo a barrer, pero primer lo persigno y ya le voy barriendo y le voy pidiendo a un santo, digamos vas a suponer que a la virgen de Juquila, un santo, una virgen, que le devuelva la salud a esta persona, que se le vaya ese sentimiento si algo le pasó, si este... que regrese la fuerza de su sangre porque está dividida, que este alegre, que el necesite y quiera vivir todavía o ella que quiere vivir, que quieres este, que pues le devuelva esa alegría que se le vaya ese sentimiento [...] ya le barrí bien, bien, pidiendo por la fuerza de su corazón de su sangre, que este bien, que se vaya su tristeza, que ya esté contento [...] (partera 4I).

Algunos médicos tradicionales, como las parteras entrevistadas, tienen conocimientos vastos, que pueden ir desde la utilización de la herbolaria, hasta atender aspectos emocionales. En los procesos de sanación, se puede observar que las médicas tradicionales, al igual que algunos médicos mayas (Hirose, 2008), contextualizan la enfermedad en el ámbito social, tal como la familia o la comunidad, por lo que, en algunos casos, la curación involucra algún ritual donde es necesario reestablecer una relación entre los miembros.

Ahí en el río ya lo barro igual con huevo, lo tiro en el agua, ya echamos las flores y le digo «ve, así como se lleva el agua las flores, así se va tu susto» y ya, ya llevamos las flores ahora

sí de sentimiento ya las desmorona y pídele a Dios [...] [Le digo mira] «ahí se quedó tu enfermedad, tu susto, su sentimiento, ya el agua ya se lo llevó», y ya nos venimos, pero cuando los curo de susto y de sentimiento, yo le pido a la familia que hagan una cenita, según sus posibilidades, que preparen una cena, o que preparen un atole un pancito, qué sé yo, lo que puedan hacer, no para mí, sino para que convivan con ellos, porque aquella persona que curé ya regresó y es efectivo, porque mira, Dalila siempre me está agradecida, dice no, señora gracias deberás yo le agradezco mucho, dice, gracias a usted aquí estoy, le agradezco mucho porque yo sané [...] (partera 4I).

También la partera 4I mencionó que los dueños de los lugares tienen personalidad al igual que los seres humanos, y algunos pueden llegar a tener una gran fuerza, la cual percibe a través de los sueños.

sueño pesado si el lugar es malo, es pesado, los lugares yo considero, no, no sé realmente, yo considero de que los lugares son como todos nosotros con diferente mm... modo ¿no? que somos enojones, que somos egoístas, todos tenemos diferente modo, quien es tranquilo, quien es pues este que no se enoja tan fácilmente, que es respetuoso que esto, igual son los lugares, las fuerzas de los lugares, entonces muchas veces tranquilamente curé, pero mira nada, nada, pero ahí donde voy a curar le hecho agua bendita, le echo cruces de palma, cruces de ocote, que le pongo ya su comida, que chocolate, que cerveza, refresco, mezcal, vino, pan, taquitos de frijol, lo que quiera ahí ellos, carne, todo, galletas, y ahí, bueno antes hago un agujero y prendo los cigarros, seis cigarros, los pongo a la orilla del agujero y, este, y cómo se ve, parece que alguien los está fumando, se van gastando, gastando, gastando los cigarros, y algunas partes no, no se gastan y, este, ya le pongo agua bendita y todo y por medio de oraciones, porque siempre se hace con oración, y ya le digo que hay lugares que sí se enojan, y ya me da sueño y me da pesadilla, o me duele la cabeza, o simplemente vamos a suponer voy a barrer a Tete, le voy a hacer una limpia con un huevo, con la ortiga, la voy a ortigar, al ratito a los diez minutos, al cuarto de hora me empieza a doler la cabeza, me duele, me duele, me siento mal y me pongo desganada y dolor de cabeza, pero me pasa como una hora y ya estoy bien (partera 4I).

Recordando que desde la visión zapoteca los lugares se consideran como seres anímicos:

No, eh, de cómo voy a curar, o solamente cuando voy a, cuando curo, entonces a veces sueño, si voy a recoger a alguien, por ejemplo, a un lugar y qué lugar, porque por ejemplo la tierra tiene, tiene vida, entonces voy y le hablo, yo hablo zapoteco y le hablo al dueño de la tierra, nosotros le llamamos [nombre en zapoteco] entonces le digo, no te enojas mira suelta a esta persona que no lo hizo a propósito, que vino, y bueno qué cosa, y ya le hablo, en el día fui a recoger a la persona y en la noche ya tengo una pesadilla (partera 4I).

Al igual que la partera 4I, la partera 3C dijo que todos los lugares tienen dueños, al cual se refieren como *chaneque*. Para el proceso de curación de susto es necesario ofrendar algo al *chaneque* para restablecer la relación de reciprocidad que se haya roto.

[cuando curaba] de susto, porque se asustaba en ese lugar, ya iba yo a recoger tierrita, ya les echaba yo en su corazoncito o sino a la tierrita ya le echaba yo un poco de agua ardiente y ya le soplabo yo a donde se cayera y así, como que a levantarlas pues de donde se cayeron, porque todo lugar tiene su dueño y ese es el *chaneque* que le llama uno, y hay que echarle un poquito de mezcal, un poquito de cerveza o algún dulcecito, o darle de comer al *chaneque* (partera 3C).

4.3 Métodos de aprendizaje de la partería

En último, entre los métodos de aprendizaje se puede identificar la observación, imitación, participación en los procesos y enseñanza explícita mínima; éstos son en línea con la “naturaleza” del conocimiento comunitario que, como se ha mencionado anteriormente, es implícito en las diversas actividades y, la mayoría de las veces, no se explicita de forma directa, sino que necesita de un proceso interpretativo, por parte del sujeto que aprende. Siguiendo una de las premisas de Déléage (2009), con relación a la adquisición del saber cultural entre los sharanahua de la Amazonia occidental, el proceso formativo se puede mostrar como un hecho espontáneo, aunque en general, “es imitando a otro chamán que uno se convierte en chamán, no importa en qué contexto” (Déléage, 2009: 77). Es decir, es a través de una pedagogía y una epistemología implícita que llegan a dichas conclusiones.

A continuación, describiré algunos de los métodos de aprendizaje que identifiqué entre las entrevistadas.

- Observación:

En los procesos de aprendizaje de los saberes de partería se destaca la relación intergeneracional, en donde principalmente hay una participación en las actividades curativas y es fundamental la observación, que permite, por ejemplo, aprender la identificación de qué plantas emplear y para qué sirven. Como se ha visto, las parteras señalaron que para poder aprender esta importante labor es necesario tener el don, no obstante, dicho don va cultivado; por ejemplo, es necesario que las personas que tienen acceso a estos conocimientos sean observadoras e identifiquen las plantas que tienen alrededor.

- Escucha:

Los saberes tradicionales tienen la característica de ser preservados y transmitidos de manera oral, en este sentido, todas las parteras entrevistadas aprendieron por medio de la escucha, ya que relacionaban lo que sabían con los saberes que otras mujeres les compartían, ya sea que lo hayan aprendido por un proceso intergeneracional, o escuchando y sintiendo en sus propias experiencias de parto.

- Participación en los procesos:

Como hemos visto, el aprendizaje de los métodos de curación se da principalmente en los procesos de transmisión intergeneracional. Desde la infancia las parteras acompañan a sus madres y/o abuelas a asistir partos y se involucran en pequeñas tareas que son necesarias para llevar a cabo dicho trabajo, como la recolección de hierbas o acercar los instrumentos necesarios. Las parteras 3C y 1E, la primera vez que atendieron un parto, lo hicieron con su mamá, apropiándose de los saberes de partería mediante la participación de los procesos de atención a la parturienta.

Entre algunos de los ejemplos de las experiencias que han tenido las parteras tratando de enseñar esta labor, se encuentra el de la nieta de la partera 4I, que aprendió a dar masajes a través de la imitación y la enseñanza explícita; la partera 4I al enfermarse instruyó a su nieta para que la asistiera y de este modo también adquiriera algunos saberes relativos a la medicina tradicional.

- Enseñanza mínima explícita:

En algunos casos, las mujeres comparten los saberes porque es importante para ellas que alguien siga realizando esta labor, de manera que muchas comparten sus conocimientos de forma explícita, es decir, explicando a otras mujeres de la comunidad o a sus hijas o nietas. Les exponen de manera más o menos detallada para qué sirve cada planta, y cómo hacer un remedio, qué cantidades usar y qué materiales son los idóneos para hacerlo.

Desde la interculturalidad crítica se ha propuesto examinar las condiciones de producción de relaciones horizontales y de auténtico diálogo, en contraposición de lo que Tubino (s/f) y Walsh (2009a) llaman interculturalidad funcional, que busca incluir otros saberes, a partir de la “tolerancia”, es decir, de una inclusión que no toca al sistema hegemónico dominante. Por su parte, la visión crítica se concentra en examinar las condiciones que obstaculizan el reconocimiento del pluralismo cultural y epistémico y de un auténtico diálogo intercultural en condiciones de horizontalidad.

Los objetivos de la educación intercultural bilingüe, en este sentido, se ven obstaculizados porque todavía no existen los espacios que comprendan y respeten estas otras formas de conocimientos que surgen desde contextos no institucionales. Muestra de algunas dificultades del diálogo son el miedo de las parteras por ejercer su práctica, lo cual ha derivado en una transmisión de saberes clandestina por temor a incurrir en problemas legales, y porque los procesos de aprendizaje, lamentablemente, se dan desde la necesidad y la emergencia. En este sentido, los saberes tradicionales se entienden como encarnados, ya que atañen y afectan a la cuerpo de las mujeres, y son propios de la comunidad femenina.

Los métodos de aprendizaje de los saberes tradicionales no siempre corresponden a los de la educación formal occidental. Entre los elementos de diferencia se encontró el don como una autorización divina y sobrenatural, proveniente de Dios que, aunque en términos occidentales podría entenderse como la identificación del talento, desde la cosmovisión tradicional tienen en su raíz una visión sagrada de la vida.

CAPÍTULO 5. ALGUNAS POSIBLES CAUSAS DEL DESPLAZAMIENTO DE LAS PARTERAS DESDE UNA PERSPECTIVA FEMINISTA

En este capítulo se indagará sobre las causas del desplazamiento de las parteras en la Sierra Juárez. A continuación, me interesa profundizar algunas cuestiones que emergen de las entrevistas realizadas, y que pueden ser posibles causas que inciden en el desplazamiento de las parteras tradicionales.

- La discriminación sistemática de la cultura, que se ve reflejada en la disminución de hablantes de las lenguas originarias y en una pérdida de las prácticas culturales tradicionales.
- La profesionalización médica de la partería que ha provocado, como consecuencia, una minorización de la partería tradicional en las comunidades.
- El miedo de las parteras por continuar con su trabajo.
- El desinterés de las generaciones más jóvenes por aprender la medicina tradicional.
- La violación de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

5.1 Desplazamiento de los saberes tradicionales de partería

Una problemática central de las comunidades originarias es la discriminación sistemática y estructural que han sufrido históricamente, y que ha ido desde el desuso de su lengua, hasta la marginación de las culturas y cosmovisiones indígenas; y, con ello, la subordinación de las prácticas y los saberes tradicionales. En el caso concreto de la partería, como señalan las teorías feministas interseccionales, las parteras han estado sometidas no sólo a opresiones por ser mujer, sino por otras características como ser indígenas y pobres.

Las parteras entrevistadas de los pueblos de la Sierra Juárez señalan que, desde la generación de sus bisabuelas, comenzaba la erradicación de su lengua originaria que es el zapoteco (con variantes en cada región).

Los señores más grandes sí, pero hubo no me acuerdo de qué año dijeron, mi mamá me contaba que ya no, sus abuelitos le decían que ya no tenía que hablar el idioma, que aprendieran puro español que eso ya no y de ahí se fue perdiendo ya no dejaron que se siguiera hablando, entonces ya no, ya mi mamá sí entendía, pero ya no lo hablaba, entonces nosotros ya no lo hablamos, pero los abuelitos sí hablaban, ahora ya hay muy poquitos (partera 1E).

La mayoría de las parteras entrevistadas hablan sólo el español, aunque algunas todavía reconocen palabras o pueden entenderlo.

Sí, me costaba trabajo, pero sí lo aprendí y cuando hablaban así personas grandes pues le entendía yo. Pero después se murió mi abuelita, mi abuelito, mi mamá, mi papá ¿con quién? Practicar ya no, y eso se perdió, se perdió. Bueno dos, tres palabras todavía sí se me quedaron. Por ejemplo, pan, tortilla, atole (partera 3C).

La sobadora 6E, que es la entrevistada más joven (29 años), ya no habla, ni entiende el idioma, esto manifiesta la desaparición del zapoteco en las generaciones más recientes.

Mi abuelita hablaba zapoteco, de este lado es diferente ¿verdad? Varía, de este lado de Yahui, del lado de mi mamá son de este lado de Yahui, y de mi papá son de Miahuatlán, es muy, muy diferente, mi abuelo todavía vive y habla zapoteco, pero yo ya no aprendí, ni lo hablo, hay personas que lo entienden, pero yo ni lo hablo ni lo entiendo (sobadora 6E).

No obstante, las comunidades se han organizado con el objetivo de recuperar y revitalizar el idioma, prácticas, saberes y costumbres.

Sí, de hecho, aquí viene una persona de Jaltianguis a enseñar acá, pero sólo es para los niños, entonces no ha habido la oportunidad de aprender nosotros como adultos el zapoteco no, creo que el último abuelito que hablaba zapoteco por acá no tiene mucho, tiene meses que falleció, entonces sí están tratando de rescatar también el idioma, pero no ha habido oportunidad para nosotros los adultos, nada más para los niños por lo pronto (sobadora 6E).

En contraste, la partera 4I (de 72 años) narra que todavía habla en zapoteco cuando hace curaciones de susto, para lo cual, tiene que ir al lugar donde la persona sufrió el impacto y “recogerla”.

Entonces voy y le hablo, yo hablo zapoteco y le hablo al dueño de la tierra [...] y le hablo al lugar, le hablo tengo mi forma le hablo en zapoteco, le hablo en español, le hablo y ya, entonces ya se le da de comer [...] (partera 4I).

5.2 La caza de brujas y el estigma

El desplazamiento de las parteras, y con ello de sus saberes, se encuentra vinculado al control de los procesos reproductivos y sexuales de las mujeres en relación con la dominación y opresión ejercida históricamente por el patriarcado. Distintas autoras⁴¹ han estudiado el traspaso de los procesos relativos al parto “tradicional” al parto hospitalario, a manos principalmente de hombres; tal hecho es contundente para comprender el despojo de las parteras tradicionales.

En su libro, *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*, Ehrenreich y English (2006) sostienen que las mujeres fueron las primeras médicas, y sus saberes iban desde el aborto, la elaboración de medicamentos a base de plantas, hasta los cuidados relativos al parto; asimismo, aprendían y compartían sus saberes de una mujer a otra o de madre a hija (Ehrenreich y English, 2006; Yañez, 2015). Las autoras analizaron el proceso de la toma de poder de los médicos varones frente a la atención brindada por mujeres, relacionando dos momentos históricos distantes pero cuya relación, en una perspectiva de larga duración, permite comprender el fenómeno: la persecución de las brujas durante el periodo medieval en Europa; el surgimiento de la profesión médica construida y ejercida exclusivamente por los varones, en Estados Unidos durante el siglo XIX.

La caza de brujas⁴², según las autoras, “no eliminó a las sanadoras de extracción popular, pero las marcó para siempre con el estigma de la superchería y una posible perversidad” (Ehrenreich y English, 2006: 19). Dentro de los pueblos o comunidades en Europa, se les concebía a las parteras y curanderas como “mujeres sabias”, aunque “para las autoridades eran brujas o charlatanas” (Ehrenreich y English, 2006: 4).

⁴¹ Davis-Floyd 1992, 1996; Oakley, 1985; Ehrenreich y English, 2006.

⁴² “El periodo de la caza de brujas abarco más de cuatro siglos (desde el siglo XIV al XVII), desde sus inicios en Alemania hasta su introducción en Inglaterra [...] Adoptó diversas formas según el momento y lugar, pero sin perder en ningún momento su característica esencial de campana de terror desencadenada por la clase dominante y dirigida contra la población campesina de sexo femenino” (Ehrenreich y English, 2006: 8). Tanto la iglesia católica, como el Estado, consideraban a las mujeres como una amenaza, por ello ordenaban matarlas alegando que eran brujas. Para la iglesia, la mujer debía ser condenada porque la asociaba al placer sexual, el cual, según ellos, procedía del demonio, también creían que el demonio al tener poderes terrenales, ejercía mediante las curanderas campesinas. La iglesia concebía que el Señor, sólo se podía manifestar por medio de los varones, de modo que eran los únicos que podían ejercer la medicina, por tanto, perseguía a las mujeres curanderas campesinas o sanadoras, porque equiparaban sus saberes a “magia” la cual debían erradicar (Ehrenreich y English, 2006). Es decir, se cree que el único ser capaz de construir conocimiento es el hombre, naturalizando la idea de la inferioridad biológica o natural de las mujeres.

La mayor parte de esas mujeres condenadas como brujas eran simplemente sanadoras no profesionales al servicio de la población campesina y su represión marca una de las primeras etapas en la lucha de los hombres para eliminar a las mujeres de la práctica de la medicina⁴³(Ehrenreich y English, 2006: 4).

En relación con la profesionalización médica de la partería, para las autoras, la creación de la “nueva profesión médica masculina” -que se puede apreciar desde finales del siglo XIV en Europa-, emergió entre las clases dominantes y se nutrió de la caza de las brujas, buscando borrar a las mujeres curanderas del ámbito médico. Con la profesionalización de la medicina -a principios del siglo XIX-, que emergió a partir de la prohibición del ejercicio de la medicina sin una autorización o certificación, se comenzó a exigir una formación universitaria (a la cual sólo podían acceder los hombres), lo que favoreció la exclusión de las mujeres en esta práctica (Ehrenreich y English, 2006).

El profesionalismo médico no es más que la institucionalización de un monopolio de los varones de la clase dominante. No debemos confundir en ningún momento el profesionalismo con la capacidad profesional. La capacidad profesional es algo que debemos intentar dominar y compartir; el profesionalismo es -por definición- elitista y exclusivo, sexista, racista y clasista. En el pasado, en los Estados Unidos, las mujeres que deseaban seguir estudios formales de medicina se mostraron dispuestas a aceptar el profesionalismo inherente a ellos. Su estatus social mejoró, pero solo lo lograron a expensas de sus hermanas menos privilegiadas, las parteras, enfermeras, y sanadoras no tituladas. Actualmente, nuestro objetivo no debería ser nunca conseguir el acceso de las mujeres a la profesión médica exclusivista, sino hacer accesible la medicina a todas [todas] las mujeres (39).

⁴³ En palabras de las autoras “Los métodos utilizados por las brujas sanadoras representaban una amenaza tan grande (al menos para la Iglesia católica y en menor medida también para la protestante) como los resultados que aquellas obtenían, porque en efecto, las brujas eran personas empíricas: confiaban más en sus sentidos que en la fe o en la doctrina; creían en la experimentación, y en la relación entre causa y efecto. No tenían una actitud religiosa pasiva, sino activamente indagadora. Confiaban en su propia capacidad para encontrar formas de actuar sobre las enfermedades, los embarazos y los partos, ya fuera mediante medicamentos o con prácticas mágicas. [...] La Iglesia, en cambio, era profundamente antiempírica, subvaloraba el mundo material y desconfiaba profundamente de los sentidos. Consideraba innecesario investigar las leyes naturales que rigen los fenómenos físicos, pues concebía el mundo como una continua creación divina renovada en cada instante” (Ehrenreich y English, 2006: 15).

Pese a que un argumento central para el desplazamiento de las mujeres en la atención de los partos fue que el saber construido por los varones era más objetivo y riguroso, Ehrenreich y English (2006) sostienen que “en los periodos examinados, fueron más bien los profesionales varones quienes se aferraban a doctrinas no contrastadas con la práctica y a métodos rituales, mientras que las sanadoras representaban una visión y una práctica mucho más humanas y empíricas” (5). Las autoras señalan lo siguiente:

La distinción entre superstición <mujeril> y la medicina <varonil> quedó consagrada, por tanto, a través de los mismos papeles que representaron médicos y brujas en los procesos de la Inquisición. El proceso situaba repentinamente al médico varón en un plano moral e intelectual muy superior al de la mujer sanadora, sobre la cual se le llamaba a emitir juicio. Le situaba al lado de Dios y de la Ley, equiparándoles profesionalmente a los abogados y teólogos, mientras adscribía a la mujer al mundo de las tinieblas, del mal y de la magia. El médico no obtuvo esta nueva posición social en virtud de sus propios logros médicos o científicos, sino por gracias de la Iglesia y del Estado, cuyos intereses tan bien supo servir (Ehrenreich y English, 2006: 19).

Por otra parte, desde el contexto mexicano, Yañez (2015) reflexionó sobre la institucionalización del parto a partir de la apropiación de los saberes y el control de los procesos reproductivos y sexuales de las mujeres por parte del Estado y del cuerpo médico.

El acompañamiento y cuidado durante los sucesos reproductivos fue arrebatado de las manos de las mujeres como parte de un proceso mayor de devaluación y persecución de los cuerpos y los saberes de las mujeres que comenzó en el siglo XVI en Europa, [el cual] se extendió a América del Norte en el siglo XVIII y llegó a nuestro país en el siglo XIX (73).

Argüello-Avendaño y Mateo-González (2014), desde un análisis de los discursos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), los cuales influyen en las políticas públicas sobre salud materna, citando a Carrillo (1998), señalan que, de forma similar a Europa, en México, desde la época colonial, se puede apreciar la tarea de formación de médicos en universidades, consolidando una “atención médica [que ha] ejercido presión sobre el Estado para que

prohíba el ejercicio libre de las parteras tradicionales (Argüello-Avendaño y Mateo-González, 2014: 16). Esto con la justificación de que los procesos de curación de las culturas originarias o autóctonas se consideraban irracionales y basados en la magia, mientras que el saber occidental estaba basado en lo racional y científico (Aguilar, 1998).

Desde entonces, en la relación médicos profesionales y parteras tradicionales, se ha subordinado a las segundas, “culpabilizando[las] por la mortalidad materno-infantil, al tiempo que se proclamaba la necesidad de su entrenamiento y licencia o su total reemplazo por doctores y enfermeras” (Birn, 2006 citada en Argüello-Avendaño y Mateo-González, 2014: 16).

Siguiendo la línea del tiempo del texto *Partería en México* (Atkin *et al*, 2017), se pueden identificar 4 “macro etapas” útiles para comprender el desplazamiento de las parteras tradicionales:

- Hasta 1800 las parteras tenían un estatus social que les permitía atender partos y curar de otras enfermedades.
- 1800-1900: se incrementaron las restricciones para formarse como parteras, así se comenzaron a desplazar a las parteras tradicionales, además de que comenzaron las críticas hacia sus procedimientos y saberes. En 1833 se pueden apreciar los primeros intentos por profesionalizar la partería, por lo que parteras y médicos comenzaron a estudiar los mismos contenidos, por ejemplo, la Cátedra de partería apegada a la carrera de Medicina y cirugía.
- 1900-2000: Comienzan a desaparecer las prácticas tradicionales. Se funda la carrera de enfermería y partería como especialización de la enfermería y la mayoría de los partos son asistidos en hospitales.
- 2000: México firma los “Objetivos de desarrollo del milenio”, en respuesta se adopta como estrategia principal la atención hospitalaria del parto (Atkin *et al*, 2017).

Con relación a lo mencionado, Gallegos, autora del texto *Formar parteras desde la tradición: Estrategia para la continuidad de la partería en Oaxaca y México. Experiencias del Centro de Iniciación a la partería en la Tradición de Nueve Lunas* (Gallegos, 2019), sostiene que “la partería tradicional en México desaparecerá víctima de un epistemicidio ejecutado por el Estado mexicano” (107). Desde su experiencia reflexiona que las prácticas

tradicionales se encuentran en una lucha ontológica frente a la medicina académica o científica, en la cual los ST han sido posicionados por debajo desde su raíz colonial; lo anterior se puede observar en la certificación y la capacitación de las parteras, la cual se ha basado en el modelo médico institucional, que no ha podido comprender ni respetar las prácticas ancestrales, es decir, los saberes-haceres propios de la partería tradicional basados en una matriz epistemológica distinta (Gallegos, 2019).

De acuerdo con la experiencia de Gallegos (2019), la autora rechaza la capacitación y la certificación de las instituciones de la medicina académica, argumentando que los procesos de capacitación han tenido una tendencia a querer desdibujar sus saberes. Su investigación demostró como las parteras que tomaban algún curso ya no empataban con la cosmovisión propia, e incluso, como emergió en las entrevistas que realicé quienes tomaban cursos ya no compartían la misma figura que la partera tradicional. La partera 1E mencionó que «ellos ya son más como médicos, ya casi trabajan como médicos ya no como parteras». En esta misma línea Argüello-Avenidaño y Mateo-González (2014) sostienen que:

A partir del siglo XIX la estrategia consistió en reemplazar a las parteras tradicionales [...] a través de las primeras unidades médicas, que atraían a las parteras para su “profesionalización” para que luego regresaran con un rol más profesionalizado, pero también más circunscrito la área médica clínica (Birn, 2006: 151-152). Las sesiones de entrenamiento estaban diseñadas para limitar el rol de las parteras a lo médico y para deshacerlas de sus funciones sociales y rituales (Argüello-Avenidaño y Mateo-González, 2014: 17).

Una de las consecuencias de lo mencionado es que las parteras han perdido la confianza en sus saberes, sus conocimientos y su pertinencia. Además, Gallegos demostró que incluso ha habido campañas para difundir el miedo al parto, mostrándolo como un evento de alto riesgo donde las mujeres pierden la vida si no es por la atención exclusiva de la medicina científica⁴⁴. Lo anterior ayuda a problematizar el miedo que actúa desde el

⁴⁴ En relación, Gallegos (2019) menciona lo siguiente: “la partería tradicional está en franco riesgo de desaparecer como consecuencia de las políticas gubernamentales a través de diversos mecanismos [como]: los programas de capacitación, difusión del miedo al parto y a la leyenda negra sobre el parto con la partera tradicional y en casa como potencialmente moral, además de mecanismo de coacción como las amenazas, el

imaginario de las parteras entrevistadas y la desconfianza de las miembros de la comunidad hacia la medicina tradicional.

En tiempos actuales, la medicina y la partería tradicional se reconocen como un derecho de los pueblos originarios. Documentos como la *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*, la *Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro*, el *Marco legal de la medicina y la partería tradicional* y el lineamiento titulado *Fortalecimiento de los servicios de salud en la atención de las mujeres indígenas con parteras tradicionales* todos emitidos por la Secretaría de Salud, nombran y reconocen el ejercicio de las parteras tradicionales. No obstante, en el primer trabajo mencionado, está establecido que será sancionado el personal no profesional -es decir, parteras tradicionales- que ejerzan sin la autorización o de no acudir a los cursos de actualización.

Por otra parte, Almaguer, Vargas y García (2014) señalan algunas otras experiencias positivas como la siguiente:

A partir del año 2004 la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural elaboró e inició el uso la metodología llamada “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo”, que se lleva a cabo entre el personal de salud de un hospital, o región y las parteras del ámbito de acción. En este taller-encuentro, las personas participantes de ambos modelos interaccionan en un plan horizontal, presentando a los y las asistentes del otro modelo, sin imponer, el cómo atienden el embarazo, parto y puerperio, llegando al final a una negociación intercultural para tomar acuerdos que beneficien a ambas partes, y que particularmente favorezcan la salud y satisfacción de las mujeres y de los recién nacidos (Almaguer, Vargas y García, 2014: 155).

Como se vio en el capítulo anterior, los saberes tradicionales de partería involucran elementos rituales y sagrados en su base epistemológica, lo cual, por mucho tiempo, se entendió como un símbolo de atraso y superstición y, a pesar de que existe un reconocimiento

condicionamiento al acceso a programas sociales (PROSPERA) y amenazas directas a parteras y mujeres asiduas a la partería. De estas maneras se ha proscrito su práctica provocando su desuso, al grado que podríamos hablar de políticas con miras a la erradicación de la partería tradicional” (88).

de la medicina y la partería tradicional, persiste una criminalización simbólica⁴⁵ que siguen percibiendo las parteras. Lo anterior se refleja en las entrevistas que realicé; por ejemplo, cuando la partera 4I narró que tiene que pedir “perdón” para que su curación no se entienda como brujería (sobre todo con personas fuera de la comunidad).

Yo primero pues le pido a Dios que me perdone, no estoy haciendo nada malo, no sé de brujería, no sé nada de eso, mi curación es normal, es sano pues, no invoco al mal, porque los brujos invocan al maligno, yo no, yo le pido a Dios que me ayude (partera 4I).

Esto ha comportado también una modificación del estatus social de la medicina tradicional, con relación a la expansión de la medicina científica. Como muestran Ehrenreich y English (2006), si bien la caza de brujas no eliminó a las parteras tradicionales se quedó como un estigma que derivó en un desprestigio social duradero de las prácticas médicas tradicionales que aún sigue en vigor.

antes a una persona que curaba y así, la consideraban una persona sabia, una persona que, y ahorita no, no sé si ahorita porque prefieran ir al doctor o qué cosa, pero si como que te mal miran, yo lo he pasado, hay gente que vas pasando y te dice «¡Ay! ¿¡Ya vas de curandera!?» o «ahí va la bruja» o así, pues, hacen comentarios que... que te quieren ofender (sobadora 6E).

El traspaso en la atención del embarazo, parto y puerperio a manos de las parteras se hace visible en las entrevistas, por ejemplo, cuando la partera 4I señala que desde que ella se acuerda han existido las parteras, pues es una de las labores más antiguas. Cuando su mamá empezó a ejercer la partería fue porque no había servicios de salud públicos, de modo que las mujeres estaban acostumbradas a parir en sus casas y no en clínicas. Pero con la expansión de la medicina institucional se buscó que las mujeres se atendieran en hospitales, no obstante, existió una gran resistencia por parte de las mujeres de la comunidad por seguir atendiéndose con parteras y no con médicos alópatas varones.

⁴⁵ Me refiero a una criminalización simbólica, ya que dicho miedo actúa desde el imaginario de las parteras, dado que, en tiempos actuales, la medicina y la partería tradicional son un derecho de los pueblos originarios.

Aquí ya había, desde antaño había parteras y ya entonces después cuando mi mamá empezó había aquí ya otra partera en la comunidad, porque antes no había hospital, después un día hubo hospital, pero las mujeres ya estaban acostumbradas a aliviarse en casa, entonces ya no quisieron, no querían pues, ir al hospital y se atendían siempre en la casa, siempre se atendían en la casa y ya no querían ir al centro. [...] me dijo mi cuñada, dice «mira, yo no voy a ir al hospital, porque no estoy acostumbrada y no, no, no, no quiero ir, entonces, tú me vas a atender» (partera 4I).

En una investigación realizada en Yahúí en la Sierra Norte de Oaxaca (Flores, 2003), se encontró que, respecto a la articulación entre saberes tradicionales y alópatas, la legitimidad se da a partir de diferentes parámetros⁴⁶. Además, señaló que la transformación en las prácticas de partería tiene que ver con la interacción con médicos alópatas (Flores, 2003).

También Ramírez (2018), que estudió como las mujeres del Istmo en el estado de Oaxaca eligen el modelo de atención para asistir sus partos (modelo público institucional o tradicional), identificó que el Seguro Popular ha influido de forma relevante en la manera en que las mujeres atienden los procesos reproductivos, de modo que los servicios de salud públicos se han convertido en la primera opción, desplazando a las parteras, lo cual está teniendo como mayor consecuencia la desaparición paulatina de éstas y sus prácticas ancestrales⁴⁷ (Ramírez, 2018).

Las parteras entrevistadas, en general, ya no se dedican a la partería, principalmente porque los miembros de la comunidad comenzaron a frecuentar los servicios de salud pública y a abandonar las prácticas curativas tradicionales, sobre todo las relativas al parto. No obstante, las prácticas tales como la curación de susto, el empacho, los masajes, entre otras, siguen siendo labores que todavía ejercen. Conjuntamente, sus actividades se encuentran limitadas al cuidado durante el embarazo y puerperio, pero ya no del parto.

⁴⁶ De acuerdo con Aguilar (1998) el saber médico tradicional se caracteriza por basarse en un paradigma práctico, es decir, la formación de las médicas tradicionales está basada en sus experiencias y, -a diferencia del saber científico basado en una perspectiva teórica del conocimiento validada por una comunidad científica a través del método científico- el saber tradicional se legitima a partir del reconocimiento de la comunidad, es decir en el demostrar haciendo.

⁴⁷ Cabe señalar que, en la década de los años 1990, se comenzaron a expandir los sistemas de salud oficiales. Ejemplo de estas políticas es el programa de asistencia social “Progres-Oportunidades” (Coronel, 2006).

Sí, embarazadas [sí atiendo, pero] el parto ya no, el parto ya no, ya se van al ISSSTE, ya se van al seguro, ya se van a donde quiera [...] ahora sí que [les doy] todas las recomendaciones, por eso te digo, para componerlas y todo sí, si es que tienen fe pues vienen le digo (partera 3C).

Vemos que el desplazamiento de los saberes tradicionales de partería tiene que ver con la subordinación en relación con los saberes médicos científicos. Mientras que el susto, el empacho, etc. se consideran como enfermedades socioculturales, es decir relacionadas al contexto cultural y simbólico de las comunidades, que solicita de un conocimiento que trasciende aquello de la medicina científica, la atención al parto se ha convertido en una práctica exclusiva del campo médico; es por lo que las parteras entrevistadas siguen atendiendo las enfermedades “locales” pero ya no pueden seguir atendiendo los partos. De la misma forma, las personas de la comunidad comenzaron a abandonar las prácticas tradicionales de curación, tras la expansión de los servicios de salud institucionalizados como el Seguro Popular. Como evidencia de lo anterior, la partera 5MC explicó que dejó de atender los partos con la llegada de los hospitales a la región.

Ya tenía yo como... cuando llegaron los doctores. Ya había doctores, ya iban al doctor o ya no, ya no [venían], porque como el doctor usaba inyecciones ¿verdad? Y no, yo no, yo pura planta. [...] ya tiene como quince, no más, como veinte años... ya de ahí ya no, ya no porque ya llegaron los doctores, ya llegaron enfermeras o si no, también en Ixtlán atendían parto, hay personas que ya se iban a Ixtlán, o sentían que era muy pesado, que no venía bien la criatura, entonces se iban a Ixtlán para que se anestesiaran o para que este... a ver qué hacían cómo las atendía el doctor (5MC).

Las parteras sólo pueden ejercer su profesión a partir de una acreditación de sus saberes mediante un curso o con la vigilancia de un médico alópata. Por ejemplo, la partera 1E señaló que su abuelita y su mamá eran parteras que ejercían sin certificación, no obstante, actualmente ella ya no practica la partería. Incluso cuando se le preguntó a la partera 3C qué factores influyen en qué las personas ya no confíen en las parteras, argumentó que «como ahorita tienen seguro, tienen ISSSTE mejor ahí se van» (partera 3C). En este sentido, la partera 1E mencionó que para ejercer sólo lo puede hacer vigilada de un médico alópata.

[...] y le digo que así curaban antes, y pues así, ya ve que ahorita ya no permiten eso, o sí, pero tiene que estar en vigilancia también del médico sí (partera 1E).

Incluso los propios familiares de las parteras actualmente prefieren la atención brindada por los médicos alópatas porque consideran que «esa medicina es mejor». Lo que está de trasfondo, entre otros factores, es el estatus social de la medicina tradicional, que ha quedado subordinada a la medicina alópata. Por ejemplo, la partera 3C no pudo atender a su hija cuando estaba embarazada porque la familia de su esposo desconfiaba de la medicina tradicional, al igual que la partera 5MC quien narra lo siguiente:

No, dice el muchacho, si el doctor ya dijo que es una niña y un niño, no, dice, nos vamos a ir al norte porque allá hay medicina buena, doctores buenos, ahí me la voy a llevar. Ahí fueron, ahí nacieron los gemelos, un hombre y una mujer tuvo, la operaron dice (partera 5MC).

Una constante en las entrevistas fue el miedo que sentían al ejercer su labor y el imaginario de que podían ser castigadas con la cárcel, lo que ocasionó que restringieran su práctica únicamente a las labores relativas a la curandería y ya no a la atención del parto como tal. En relación, la partera 4I narró que en los últimos partos que atendió tenía miedo, pues ya había doctores, pero las mujeres de la comunidad todavía no se sentían seguras de asistir sus partos en los hospitales, por lo que seguían asistiendo con las parteras; a pesar del miedo que las parteras tuvieron de ser castigadas persistía una responsabilidad social.

[...] encomendándome a Dios, le pedía yo a Dios ¡ayúdame! Porque pues tenía miedo ¿no? «de que algo te vaya a pasar, no quiero verte en la cárcel» decía mi esposo «no quiero verte en la cárcel, pero eres una necia, esa gente necia y tú también» y no Dios mío ayúdame, y ya, volvió el niño, volvió [...] (partera 4I).

El miedo de las parteras está derivado en la desaparición de las prácticas tradicionales de atención al parto; lo que, consecuentemente, está comportando una pérdida de los saberes tradicionales dado que ya no se forman nuevas parteras. Añadiendo que, las generaciones más jóvenes han perdido la confianza en las parteras por esta misma razón, y por eso acuden a hospitales, y sólo se atenderían con la partera si estuviera bajo supervisión de un médico.

Sí, de verlo y todo, pero ¿y si se te complica? Sí, ese es el problema y todo, y como ya dijeron claramente que puede trabajar el médico y la partera, pero los dos, entonces para evitar todo eso. [...] (partera 1E).

Para poder ejercer la partería es necesario que tomen un curso que las certifique para ejercer su trabajo. No obstante, estos cursos sobreponen los conocimientos médicos científicos con los conocimientos tradicionales. Así que desde la perspectiva de la partera 1E, los cursos que les autorizan ya no corresponden a los saberes de la medicina tradicional, sino de la medicina científica.

Si vas a un curso con los médicos que eres partera, ya te lo autorizan, mientras no así es. Por ejemplo, esos que están en Capulálpam, esos tienen autorización, esos tienen porque van a cursos [...] ellos ya son más como médicos, ya casi trabajan como médicos ya no como parteras, ya cambió eso sí ya cambió bastante como ya no trabajan como antes como parteras pues y ellos ya van más como médico pues (partera 1E).

Según las parteras es a través de la experiencia que se legitiman los saberes de partería, por ello, algunas de ellas consideran que los cursos no toman en cuenta sus saberes previos.

Este, pues fíjate que recibí un curso, antes que naciera mi nieta la última, Monserrat, hace veintiún años. Tenía yo mi constancia de partera, soy reconocida, soy reconocida, pero después de haber hecho cuánto trabajo, recibí el curso y me dieron mi constancia [...]. Pues ahí nos enseñaron de cómo atender un parto, de cómo las precauciones, como digo, pero pues yo ya lo sabía, por eso le dije que como se acomoda un niño, que como se controla [...]. Igual porque ya fue la última, ya fue la última que atendí, la última que recibí nada más que pues ella, pues si como yo ya sabía... *No me ayudó ese curso porque solamente que ya podía yo hacer mi trabajo sin que tuviera yo miedo de que me castigarán si es que algo salía mal* (partera 4I).

La profesionalización médica de la partería y la criminalización simbólica de las prácticas tradicionales comporta que las nuevas generaciones ya no confían en la medicina

tradicional. Prueba de ello es que ya no acuden con las parteras porque desconfían de su trabajo, dado que existe un estereotipo negativo hacia las formas de atención de las parteras.

Uno de los recursos que emplearon las médicas/os tradicionales ante la expansión de los servicios de salud institucionalizados fueron reuniones en donde buscaban enriquecer y revitalizar sus saberes. A pesar del desplazamiento de los saberes tradicionales, y de una creciente desconfianza hacia la medicina tradicional, muchas personas de la comunidad buscaban atenderse primero con medicina tradicional, y sólo en caso de ser necesario acudían a la clínica.

Hace años sí, cuando apenas empezó lo de la clínica y todo eso como que quisieron hacer a un lado la medicina tradicional y entonces me imagino yo que la gente no quería [...] se fue con otros pueblos, otros pueblos llegaron a ver cómo trabaja uno, cómo trabaja el otro [...] a eso iban a compartir, venían gente de otros pueblos a esos lugares para que los curaran y ellos veían cómo curas tú, cómo cura ella y lo que ella no hace tú lo aprendes y así (partera 1E).

Por otro lado, el acceso a estos saberes puede llegar a ser restringido; como se evidenció en el capítulo anterior, el aprendizaje de este acervo se da principalmente de manera intergeneracional y los saberes son construidos por familias. Para la sobadora 6E, la falta de sociabilización y de accesibilidad a los saberes tradicionales es un factor que interviene en su desaparición.

Sí yo creo que sí podría ser ¿no? un factor ese, o como te digo que ya, los jóvenes, los jóvenes pues, las señoritas, ya quieren estudiar otras carreras ¿no? otras carreras y, o... pues no está peleado, también, aunque estudien podrían este aprender estos saberes, pero no [...] ellas, *a veces ya no encuentran a quién heredar eso y pues hasta ahí se quedó, hasta ahí se perdió, hasta ahí se perdió* (sobadora 6E).

CONCLUSIONES

La tesis presentada se ha construido alrededor de la investigación sobre los saberes tradicionales de partería en algunas comunidades de la Sierra Juárez, en el estado de Oaxaca, que aún comparten rasgos con la cultura zapoteca.

Los objetivos generales de este proyecto fueron: a) identificar a las mujeres de la comunidad que tienen conocimientos tradicionales de medicina; propósito resuelto a través de las entrevistas que construyen esta tesis. b) Analizar los conocimientos tradicionales de las parteras; para ello construí dos tópicos de análisis en mis entrevistas: los procesos de formación (los cuales encarnan y mantienen vivos estos saberes y prácticas) y la construcción de los ST, es decir, las actividades (sobar, curar, utilizar hierbas, acomodar, cortar ombligo) e instrumentos (temazcal, *baó*, rebozo negro, olla para salvaguardar la placenta), elementos que materializan la supervivencia de la cosmovisión zapoteca en tiempos contemporáneos (Véase anexo 1).

Sucesivamente, en los objetivos, planteé: c) entender cómo se aprenden los conocimientos tradicionales de partería. Encontré tres formas en que las parteras oaxaqueñas aprendieron: de manera inter-generacional, por emergencia y/o por experiencia propia de parto. Para reflexionar los procesos de formación de las parteras tradicionales retomé dos categorías: las pedagogías implícitas, ya que identifiqué que algunas parteras se apropian de los saberes a partir de la experiencia; y las pedagogías originarias, donde observé algunos elementos como: la transmisión oral, la dimensión social y la dimensión comunitaria. De esto resultó que los aprendizajes de los saberes tradicionales se dan en contextos variados y en la cotidianidad de la comunidad, a diferencia de los CMC, que se aprenden en la academia.

Finalmente, y, de manera emergente, el último objetivo fue: d) examinar la articulación entre los ST y los CMC; en dicha relación exploré algunas dinámicas positivas y negativas que influyen en la articulación de ambos sistemas de conocimiento. Encontré dos elementos sustanciales que no han permitido el ejercicio de un diálogo efectivo: la violencia epistémica y su relación con la violencia obstétrica. Como ya mencioné, la violencia epistémica (Spivak, 1994 y Sousa Santos, 2010) se puede entender como la subordinación o negación de los conocimientos generados desde otros paradigmas no hegemónicos; mientras que la violencia obstétrica está asociada a la sexualidad y la reproducción. Consiste en una expresión de las desigualdades de género; violencia institucional en materia de salud (Berrio,

2020), que representa una violación de los derechos humanos. Este tipo de violencia aumenta de manera sustancial en las comunidades indígenas y puede ir más allá de cuestiones psicofísicas, y trascender a aspectos culturales (Berrio, s/f).

El trabajo de campo realizado con las parteras oaxaqueñas me ha llevado a confirmar mi hipótesis: la violencia obstétrica se encuentra imbricada en la violencia epistémica, ya que actúa en paralelo a las relaciones de saber-poder ligadas a las prácticas de atención a los procesos reproductivos y sexuales de las mujeres, la cual se intensifica debido a diferencias étnicas y de clase social.

También la patologización y la medicalización del embarazo, parto y puerperio ponen de manifiesto la violencia obstétrica y su relación con la epistémica; su expresión examinada en este trabajo fue la institucionalización del parto, el cual, en un principio sobrepuso los saberes del varón blanco occidental, desdibujando otros saberes. De igual manera, las prácticas médicas institucionalizadas, por largo tiempo, no respetaron la cosmovisión de las mujeres indígenas y, por ende, sus cuerpos. Lo anterior revela la histórica negación y descalificación de los saberes médicos tradicionales y, en particular, aquellos relativos a la partería; lo que también se puede traducir como violencia simbólica y estructural que sufren las mujeres.

En síntesis, las expresiones de la violencia obstétrica y la violencia epistémica que observé e identifiqué fueron las siguientes: a) intento de borrar los saberes de las mujeres a partir de la caza de brujas y de la estigmatización de los saberes de las parteras tradicionales; b) la apropiación de los varones del ámbito médico a principios del siglo XIX, el cual excluyó a las mujeres de la práctica médica; c) la institucionalización del parto; d) la violación de los derechos culturales de las mujeres indígenas obligándolas a parir en ambientes que no respetaban su cosmovisión; e) el miedo simbólico que persiste hoy día, como secuela de la caza de las brujas y de la colonización de los pueblos originarios. La correlación entre estos dos tipos de violencia produce el miedo simbólico que se manifiesta en el continuo abandono de las prácticas de partería tradicionales, debido al estigma cultural y epistémico que persiste hoy día.

La hipótesis sobre la correlación entre violencia obstétrica y la violencia epistémica me ha empujado a investigar cómo se transmiten y cómo se construyen los saberes tradicionales de la partería y el valor cultural que estos saberes cobran en las comunidades.

Esto, en el marco de una reflexión pedagógica intercultural que tiene como propósito general reconocer el pluralismo epistémico y cultural, establecer un diálogo entre saberes y fomentar decisiones más democráticas, libres e informadas sobre los derechos reproductivos y sexuales.

La confirmación de mi hipótesis me hace necesario cuestionar “¿cómo incorporar las diferentes formas de conocer, de hacer y de ser de las mujeres en la educación?” (Martínez, 2016: 142), asumiendo una “brecha de conocimiento” que se expresa en la violencia epistémica que excluye los saberes de las mujeres.

Desde mi perspectiva, es urgente la adopción de un posicionamiento crítico de la interculturalidad que cuestione la violencia epistémica que los grupos indígenas han sufrido y que persiste todavía. De igual manera, recurrir a los feminismos decoloniales y latinoamericanos me ha permitido una lectura sobre las discriminaciones sistemáticas y estructurales que las mujeres indígenas sufren y que juegan en el desplazamiento (y desaparición) de los saberes tradicionales de partería.

Este reconocimiento es fundamental para la revalorización de la partería tradicional en pro de alimentar prácticas democráticas de decisión de la mujer sobre la propia cuerpo. Esto significa, concretamente, la libertad de decidir para las mujeres si atenderse con las parteras tradicionales o con los/as médicos/as alópatas. Pero esto representa, también, que las parteras estén protegidas para poder seguir ejerciendo sus prácticas tradicionales, en el respeto de la epistemología y de la pedagogía de dichos saberes, y que las aprendices tengan acceso a estos conocimientos a partir de una elección propia y no por una transmisión en la clandestinidad, operando en situaciones de necesidad y riesgo. Esto implicaría la promoción de actividades pedagógicas que incentiven la medicina tradicional y sensibilicen sobre la importancia de los saberes tradicionales, tanto en la escuela como fuera de ésta.

Con relación a la pregunta de investigación ¿cómo son las pedagogías involucradas en los procesos de (re)producción de los saberes tradicionales de partería? Encontré que, en la construcción y transmisión de los saberes de las parteras entrevistadas, los saberes médicos tradicionales son comunitarios; que se aprenden en su mayoría tácitamente a través de la observación, la escucha y la participación en los procesos de partería. Se ha observado que las motivaciones que indujeron al aprendizaje de la partería fueron diversas. En algunos casos las mujeres entrevistadas mencionaron haberse convertido en parteras por necesidad o por

enfrentar alguna urgencia médica. En otros casos, los procesos de aprendizaje siguieron el camino más tradicional de la trasmisión intergeneracional entre familiares u otros miembros de la comunidad. En todos los casos, las parteras mencionaron la importancia de “tener el don”, como elemento que legitima la labor de partería y el entrenamiento en la práctica cotidiana, y del intercambio comunitario. Lo mencionado pone en evidencia que, si por un lado los saberes sobre la partería en las comunidades estudiadas están anclados a las “creencias” culturales y a la tradición, por el otro, su aprendizaje y su práctica depende también de situaciones excepcionales, que son histórica y contextualmente determinadas; como, por ejemplo, la falta de atención médica o de algún otro especialista cercano, que ha empujado a las mujeres entrevistadas a tener que intervenir en casos de emergencia y, después de estos eventos, en convertirse en parteras.

Por lo que concierne a las creencias culturales que persisten como elementos epistémicos y pedagógicos fundamentales, las parteras mencionaron el don como el elemento que permite explicar la adquisición de los saberes, que a su vez autoriza y legitima su quehacer como curanderas y que además se encuentre en la base epistemológica de los saberes de partería en la Sierra Juárez. En síntesis, para las parteras, su labor se legitima a través del don y en la práctica misma.

Los saberes de partería son dinámicos y actualizados, ya que se nutren de las experiencias propias de las parteras y de otros saberes construidos por y para mujeres. Estos conocimientos se caracterizan por una mirada holística, que comprende el equilibrio persona-cuerpa (es decir un nivel espiritual y físico) en relación con una visión armónica con el entorno y la naturaleza. Esto es uno de los elementos que distingue la partería tradicional de la alópata, que actúa casi exclusivamente sobre el cuerpo, reduciendo el parto a una práctica hospitalaria, como una cuestión patológica y no natural.

A través de este estudio se pudo ver que los saberes de partería en la Sierra Juárez se basan en una epistemología y una pedagogía que enmarcan un saber mitológico y ritual. Lo cual deja al ámbito de la pedagogía diferentes retos: ¿cómo entrelazar el contenido del saber transmitido, el contexto de aprendizaje y sus representaciones en el seno de una epistemología culturalmente situada?

Las entrevistas realizadas, si por un lado ponen en evidencia cómo se re-producen y aprenden los saberes tradicionales de la partería, por el otro lado muestran que, en la

actualidad, dichos saberes están en riesgo de desaparecer debido a varios elementos que convergen en influir negativamente sobre la transmisión de los saberes y las prácticas médicas tradicionales. Como mencioné en el capítulo 5, la caza de brujas trajo consigo por lo menos dos elementos importantes en el desplazamiento de las parteras: por un lado, la profesionalización médica de la partería, que ha provocado, como consecuencia, una minorización de la partería tradicional en las comunidades y, por el otro, si bien no eliminó totalmente a las parteras de sus prácticas, sí contribuyó al desplazamiento de éstas y al rechazo o estima de sus saberes-haceres; lo que al mismo tiempo derivó en un miedo simbólico de las parteras por continuar con su trabajo.

La continua amenaza de la desaparición de las parteras y de los saberes tradicionales ha repercutido de manera directa en la violación de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres indígenas. Las violencias simbólicas, estructurales e incluso físicas hacia los pueblos indígenas, en particular las mujeres, han obligado a estas poblaciones a ocultar y negar su lengua y cultura, lo que ha resultado en el olvido de las prácticas y saberes tradicionales. En consecuencia, las generaciones más jóvenes suelen rechazar la cultura indígena y homologarse a la cultura dominante, lo que ha generado desinterés por aprender la medicina tradicional, y por la conservación de las tradiciones y prácticas culturales indígenas.

En este sentido, parte de la labor pedagógica tiene que ver con abrir espacio a estas otras formas de pensar lo educativo y de construir conocimiento, en busca de su respeto y reconocimiento, sin tratar de traducirlo bajo criterios de la epistemología occidental, ni de extraerlo o descontextualizarlo de su ambiente emergente; a la par de hacer visible desde dónde se ejerce la violencia epistémica y de qué manera se contribuye en la reproducción de los patrones de poder y de exclusiones de saberes y prácticas “otras”.

Algunos de los hallazgos de esta investigación pueden servir como herramienta para reflexionar sobre el diálogo entre los CMC y los ST, en el campo de la salud y de la educación intercultural, promoviendo prácticas médicas y educativas democráticas. Entre los aportes se encuentra la sistematización y reflexión sobre estos “otros” espacios de interlocución y producción de conocimiento, participando en una escucha activa “con” mujeres indígenas, y poner en diálogo las producciones discursivas de diversas actoras. El abordaje de epistemologías indígenas y de saberes femeninos, me ha permitido cuestionar los límites del

“conocimiento autorizado” que, hasta el momento, y a pesar de distintos esfuerzos, sigue subordinando los saberes tradicionales. Con mi investigación me gustaría brindar algunos caminos que permitan construir y avanzar hacia la atención de partos interculturales. Entre los obstáculos para establecer un auténtico diálogo intercultural, identifiqué que es urgente brindar condiciones para que las mujeres puedan elegir el método de atención (alópata o tradicional) y para que los procesos de aprendizaje para convertirse en partera no estén determinados por la emergencia y el miedo.

Me interesa mencionar algunas cuestiones que emergieron durante el análisis y la escritura de esta tesis, que, por cuestiones de alcance o tiempo, no pudieron ser examinadas en profundidad y, por tanto, quedan pendientes para futuras indagaciones. Considero que, a pesar de que se intentó realizar un análisis epistemológico y pedagógico desde una mirada feminista, haría falta escarbar en la relación de opresión (y explotación) de las cuerpos de las mujeres (Espinosa, 2014; Moore, 2018), criticando la visión antropocéntrica de la medicina occidental (Ortiz, 2002). Todo esto, tomando en cuenta cómo juegan las representaciones sociales en la construcción del conocimiento y describiendo las relaciones de poder involucradas en la legitimación entre el conocimiento médico-científico y el tradicional, en torno a los procesos reproductivos y sexuales de las mujeres. Otra línea de investigación, que identifiqué es la integración de los saberes tradicionales en la construcción de una educación sexual integral e intercultural, considerando las distintas concepciones de cuerpo, comunidad y los procesos de nacimiento y acompañamiento.

A modo de cierre, creo necesario reflexionar, para ulteriores investigaciones sobre el tema, cómo generar experiencias educativas que no oculten y reproduzcan relaciones y jerarquías de poder, cuestionando: ¿cómo formar nuevas parteras recuperando los aportes desde la educación y la salud intercultural? ¿Cómo generar esquemas de inclusión y respeto en los programas educativos que reivindiquen los aportes de la medicina y la partería tradicional? ¿Cómo educar desde ámbitos formales saberes comunitarios? ¿Cómo subsanar el desinterés de las nuevas generaciones por aprender la partería tradicional? ¿Cómo incluir los saberes tradicionales sin sistematizarlos a partir de lógicas occidentales del saber escolar evitando una asimilación de los ST en la epistemología occidental? ¿Cómo estudiar lo “tradicional” en cuerpos, y cómo explorar de forma respetuosa un saber cultivado y protegido por mujeres racializadas?

REFERENCIAS

- Abid Mendiri, Al Miriam, Ibáñez Bernáldez, María, Casado Blanco, Mariano y Santos Redondo, Pedro (2017), “La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer”, *Medicina legal de Costa Rica*, vol. 34, núm. 1.
- Aguilar, Victoria (1998), “Mujeres Juchitecas: la práctica de la curandería en la medicina tradicional”, tesis de licenciatura en Sociología (Sociología), México, División de ciencias sociales y humanidades-UAM.
- Alarcón, Ana M., Vidal, Aldo y Neira Rozas, Jaime (2003), “Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”, *Rev Méd Chile*, núm. 131, pp. 1061-1065.
- Almaguer González, José Alejandro, Vargas Vite, Vicente y García Ramírez, Hernán José (coord.) (2014), *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*, México, Biblioteca Mexicana del Conocimiento/Secretaría de Salud.
- Álvarez-Gayou Jurgenson, Juan Luis (2003), *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*, Buenos Aires, Barcelona y México, Paidós.
- Angrosino, Michael (2012), *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*, Madrid, Ediciones Morata, S.L.
- Anzures y Bolaños, María del Carmen (1978), “Las medicinas tradicionales y antropología”, *Revista del Instituto de Investigaciones Antropológicas-UNAM*, vol. 15, pp. 131-163.
- Argüello-Avenidaño, Hilda E. y 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, pp. 13-29.
- Atkin, Lucille C., Keith-Brown, Kimberli, Rees, Martha W. y Sesia, Paola (2018), “El marco normativo legal en atención del parto en México”, en Graciela Freyermuth (coord.), *Los caminos para parir en México siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 88-91.

- Atkin, Lucille C., Keith-Brown, Kimberli, Rees, Martha W. y Sesia, Paola (2017), “Partería en México”, *Fundación John D. y Catherine T. MacArthur*.
- Atkin, Lucille C., Keith-Brown, Kimberli, Rees, Martha W., Sesia, Paola, Calixto, Aitza, Hernández, Rebeca y Valdivia, Fátima (2015), “Fortalecer la partería: una deuda pendiente con las mujeres de México. El panorama en 2015”, *Fundación John D. y Catherine T. MacArthur*.
- Awid (2004), “Derechos de las mujeres y cambio económico”, *Género y derechos*, núm. 9.
- Bach, Ana María (2018) “Epistemología, feminismo y los saberes de las gentes indígenas”, *Descentrada*, vol. 2, No. 2, pp. 1-11.
- Barabas, Alicia M. (2010), “El pensamiento sobre el territorio en las culturas indígenas en México”, *Avá Revista de Antropología*, núm. 17.
- Behar Rivero, Daniel, S. (2008), *Metodología de la investigación*, Editores Shalom.
- Bellón, Silvia (2015), “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”, *Dilemata*, núm. 18, pp. 93-111.
- Berrio Palomo, Lina Rosa, (2020), “Cuerpos intervenidos, violencias naturalizadas. Reflexiones sobre la violencia obstétrica e institucional experimentada por mujeres indígenas en Guerrero”, en Berrio, Lina R., Castañeda, Martha P., Goldsmith Marly R., Salas, Monserrat y Valladares, Laura R. (coord.), *Antropologías feministas en México: epistemologías, éticas, prácticas y miradas diversas*, Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana/Universidad Nacional Autónoma de México/ Bonilla Artigas Editores.
- Berrío, Lina (s/f), “Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas”, México, CIESAS, pp.4-12.
- Biskupovic, Consuelo y Brinck, Guillermo (2017), “La etnografía frente a los desafíos actuales de las ciencias sociales”, Universidad Academia de Humanismo Cristiano UAHC, Santiago.
- Blázquez, M. Isabel (2005), “Aproximación a la antropología de la reproducción”, *Revista de Antropología Iberoamericana*, núm. 42, pp. 1-25.
- Bonfil Batalla, Guillermo (1990), *México profundo. Una civilización negada*, México, Grijalbo.

- Bourdieu, Pierre (1988), “Espacio social y poder simbólico”, en Bourdieu, Pierre, *Cosas dichas*, Buenos Aires, Gedisa, pp. 127-142.
- Caballero, Lucero (2018), “Aprendizajes de partería tradicional por mujeres del estado de Puebla”, tesis de licenciatura en psicología (Psicología), México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM.
- Calderón, Jaime, Briones, Miguel y Moreno, Claudia (2013), “Diversidad de murciélagos en cuatro tipos de bosque de la Sierra Norte de Oaxaca, México”, *Therya*, vol. 4, núm. 1, pp. 121-137.
- Campos Navarro, Roberto, Peña Sánchez, Edith Yesenia y Maya, Alfredo Paulo (2017), “Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e intercultural en México (1990-2016)”, *Salud colectiva*, vol. 3, núm. 13, pp. 443-455.
- Campos Navarro, Roberto (s/f) “La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud” <<http://www.mayas.uady.mx/articulos/pdf/interculturalidad.pdf>>, consultado el 28 de enero, 2021.
- Carrillo Ibarra, Tania (2012), “El proceso de formación de la partera: un estudio sobre las prácticas y representaciones del parto en el municipio de Tecomán, Colima”, tesis de maestría en pedagogía (Pedagogía), México, Facultad de Estudios Superiores de Aragón- UNAM.
- Castañeda, Xochitl, Orozco, Sandra y Osorio, Liliana (2008), “Medicina tradicional Mesoamericana en el contexto de la Migración a los Estados Unidos de América”, Programa Universitario México, Nación Multicultural de la Universidad Nacional Autónoma de México (PUMC-UNAM)/ Escuela de Salud Pública de la Universidad de California.
- Castañeda Salgado, Martha Patricia (2020), “Antropologías feministas y epistemología” en Berrio, Lina R., Castañeda, Martha P., Goldsmith Marly R., Salas, Monserrat y Valladares, Laura R. (coord.), *Antropologías feministas en México: epistemologías, éticas, prácticas y miradas diversas*, Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana/Universidad Nacional Autónoma de México/ Bonilla Artigas Editores, pp. 61-82.

- Castro-Gómez, Santiago y Grosfoguel, Ramón (2007), *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*, Bogotá, Siglo del Hombre Editores/Universidad central/ Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos/ Pontificia Universidad Javeriana.
- Castro-Gómez (2007), “Descolonizar la universidad. La hybris del punto cero y el diálogo de saberes”, en Castro-Gómez, Santiago y Grosfoguel, Ramón (coord.), *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*, Bogotá, Siglo del Hombre Editores/Universidad central/ Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos/ Pontificia Universidad Javeriana, pp.79-92.
- CGEIB-SEP (2015), *Marco Curricular de la Educación Primaria Indígena y de la población Migrante. Fascículo 1. Fundamentación normativa e Historia de la Educación Primaria Indígena en México*, México, SEP.
- CGEIB-SEP (2007), *Políticas y fundamentos de la educación intercultural en México*, México, SEP.
- CGEIB-SEP (2006), *El enfoque intercultural en educación. Orientaciones para maestros de primaria*, México, SEP.
- CONEVAL (2021), “Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2021 Oaxaca. Capulálpam de Méndez, Oaxaca”, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/612246/Informe_anual_2021_mun_20247.pdf>, consultado el 3 de marzo, 2021.
- CONEVAL (2020), “Se requiere avanzar en la integración del sistema público de salud y disminuir las brechas entre entidades federativas”, Dirección de información y comunicación, Consejo Nacional de Evaluación de la Política y de Desarrollo Social (CONEVAL), 7 de abril de 2020, <https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2020/NOTA_INFORMATIVA_DIA_MUNDIAL_SALUD.pdf>, consultado el 20 de mayo, 2021.
- COPLADE (2017), “Diagnóstico regional Sierra Norte”, *Universidad de la Sierra Juárez*, <<https://www.oaxaca.gob.mx/coplade/wp-content/uploads/sites/29/2017/04/DR-Sierra-Norte-03-abril17-1.pdf>> consultado el 20 noviembre, 2020.

- Coronel, Dolores (2006), *Zapotecos de los Valles Centrales de Oaxaca*, México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- Curiel, Ochy (2018), “Aportes y propuestas del feminismo decolonial de Abya Yala”, ponencia presentada en la Universitat de València, Valencia, 27 de septiembre.
- Curiel Pichardo, Ochy (2014), “Hacia la construcción de un feminismo descolonizado”, en Espinosa, Yuderkys, Gómez, Diana y Ochoa, Karina (edit.), *Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*, Popayán, Editorial Universidad del Cauca.
- Déléage, Pierre (2009), “Epistemología del saber tradicional”, *Dimensión antropológica*, vol. 46, pp. 71-81.
- DGEI-SEP (1999). *Lineamientos generales para la educación intercultural bilingüe para las niñas y los niños indígenas*. México: SEP.
- Dietz, Gunther y Mateos Cortés, Laura Selene (2011), *Interculturalidad y educación intercultural en México. Un análisis de los discursos nacionales e internacionales en su impacto en los modelos educativos mexicanos*, México, SEP/CGEIB.
- Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre (2006 [1973]), *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*, Barcelona, La sal.
- Espinosa Miñoso, Yuderkis (2014), “Entnocentrismo y colonialidad en los feminismos latinoamericanos: complicidades y consolidación de las hegemonías feministas en el espacio transnacional”, en Espinosa, Yuderkys, Gómez, Diana y Ochoa, Karina (edit.), *Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*, Popayán, Editorial Universidad del Cauca.
- Espinosa, Gisela (2014) “Mujeres indígenas y derechos reproductivos. Fraguando modernidades alternativas”, en Millán, Mágina (coord.), *Más allá del feminismo, caminos para andar*, México, Red de Feminismos Decoloniales/Gizella Garciarena Huguycz, pp. 247-276.
- Flick, Uwe (2007), *Introducción a la investigación cualitativa*, Madrid, Ediciones Morata, S.L./Fundación Paideia Galiza.
- Flores Cisneros, Carmen (2003), “Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca”, *Perinatol Reprod Hum*, vol. 17, núm. 1, pp. 36-52.

- Foucault, Michel (2007), *Nacimiento de la Biopolítica*, Buenos Aires, Fonda de Cultura Económica.
- Freire, Paulo (1975), *La pedagogía del oprimido*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Freyermuth, Graciela (2018), *Los caminos para parir en México siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Gallegos, Aura (2019), “Formar parteras desde la tradición: Estrategia para la continuidad de la partería en Oaxaca y México. Experiencias del Centro de Iniciación a la partería en la Tradición de Nueve Lunas”, Instituto de Investigaciones en Educación, Universidad Veracruzana.
- Gamba, Susana (2008). “Feminismo: historia y corrientes”, En *Diccionario de estudios de Género y Feminismos*, Editorial Biblos, <<http://www.mujiresenred.net/spip.php?article1397>>, consultado el 10 de marzo del 2020.
- García, Eva (2018), “La violencia obstétrica como violencia de género”, tesis de doctorado en Geografía, Antropología y Estudios de África y Asia (Ciencias humanas), España, Universidad Autónoma de Madrid- UAM.
- Garrido Rodríguez, Carmen (2021), “Repensando las olas del feminismo. Una aproximación teórica a la metáfora de las olas”, *Revista Investigaciones feministas*, núm. 12, vol. 2, pp. 483-492.
- Gasché, Jorge (2008), “Niños, maestros, comuneros y escritos antropológicos como fuentes de contenidos indígenas escolares y la actividad como punto de partida de los procesos pedagógicos interculturales: un modelo sintáctico de cultura”, en Bertely, María, Gasché, Jorge y Podestá, Rossana (coord.), *Educando en la diversidad cultural. Investigaciones y experiencias educativas interculturales y bilingües*, Ecuador, Ediciones del Abya-Yala/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social/Instituto de investigaciones de la Amazonia Peruana.
- Gómez Villanueva, Francisca Beatris (2010), “Adquisición de los saberes prácticos de las parteras de la comunidad de Tataltepec de Valdés Juquila, Oaxaca, Zona Chatina”, tesis de licenciatura en Educación Indígena (Educación Indígena, México, Universidad Pedagógica Nacional.

- Grosfoguel, Ramón (2013), “Racismo/sexismo epistémico, universidades occidentalizadas y los cuatro genocidios/ epistemicidios”, *Tabula rasa*, núm. 19, pp. 31-58.
- Güémez, Miguel (s/f), “Partería y medicina alopática en Yucatán: Hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva”, <<http://www.mayas.uady.mx/articulos/pdf/parteria.pdf>>, consultado el 5 de junio, 2021.
- Güémez, Miguel (2000) “La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas”, *Revista Mesoamérica*, vol. 21, núm, 39, pp. 305-332.
- Güémez, 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”, *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*, Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, pp. 117-147.
- Guzman Arroyo, Adriana (2019), *Descolonizar la memoria. Descolonizar feminismos*, Bolivia, Tarpuna Muya.
- Guzmán-Rosas, Susana Carolina y Kleiche-Dray, Mina (2017), “La inclusión del conocimiento tradicional indígena en las políticas públicas del Estado mexicano”, *Gestión y política pública*, núm. 26, pp. 297-339.
- Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar (2010), *Metodología de la Investigación*, México, Mcgraw-Hill/Interamericana Editores, A.S de C.V.
- Hirose López, Javier (2008), “El ser humano como eje cósmico: las concepciones sobre el cuerpo y la persona entre mayas de la región de los Chenes, Campeche”, tesis de doctorado en estudios mesoamericanos (Estudios Mesoamericanos), México, Facultad de Filosofía y Letras/ Instituto de investigaciones Filológicas posgrado de estudios mesoamericanos-UNAM.
- INEGI (2020a) “En Oaxaca somos 4 132 148 habitantes: censo de población y vivienda 2020”, Comunicado de prensa núm 38/2, 26 de enero de 2021, <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Oax.pdf>.
- INEGI (2020b), *Panorama sociodemográfico de Oaxaca: censo de población y vivienda 2020*, México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

- INEGI (2019), “Cuéntame de México/Información por entidad/Oaxaca” <<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/oax/>>, consultado el 15 de febrero, 2021.
- Jaramillo, Nathalia (2012), “Feminismo decolonial”, *Revista con la A*, núm. 24.
- J. Rubel, Arthur, & H. Browner, Carole (1999), Antropología de la salud en Oaxaca, *Alteridades*, núm.9, vol. 17, pp. 85-94.
- Juárez, de los Ángeles (2005), “Mujeres indígenas en México: una bibliografía sobre salud reproductiva”, tesis de licenciatura en Bibliotecología (Bibliotecología), México, Facultad de Filosofía y Letras-UNAM.
- Knoblauch, Hubert (2005), “Focused ethnography”, *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, vol. 2, núm. 3, <<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0503440>>, consultado el 20 de noviembre, 2020.
- La Barbera, María Caterina (2016), “Interseccionalidad, un “concepto viajero”: orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea”, *Interdisciplina*, núm. 8, pp. 105-122.
- Lara Guzmán, Gabriel (2015), “Interculturalidad crítica y educación: un encuentro y una apuesta”, *Revista colombiana de educación*, núm. 69, pp. 223-235.
- Lazcano-Ponce, Eduardo, Schiavon, Raffaella, Uribe-Zúñiga, Patricia, Walker, Dilys, Suárez-López, Leticia, Luna-Gordillo, Rufino y Ulloa-Aguirre, Alfredo (2013), “Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna”, *Salud pública de México*, vol. 55, pp. 214-224.
- Leff, Enrique (1998), *Saber ambiental. Sustentabilidad, racionalidad, complejidad, poder*, México, Siglo XXI.
- Lerín Piñón, Sergio (2004), “Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta”, *Desacatos*, núm. 15-16, pp. 111-125.
- Lloyd, Marion (en prensa), “¿“Chamanes” o profesionistas? Tensiones y trayectorias laborales de los egresados de la primera universidad intercultural en México”, en Gallardo, Ana Laura y Rosa, Carlo (coord.), *Epistemologías e Interculturalidad en educación*, México, IISUE/UNAM.

- López, Elizabeth (2016). “Conocimientos pedagógicos de parteras comunitarias. Una aproximación etnográfica”, tesis de maestría en pedagogía (Pedagogía), México, UNAM.
- López Austin, Alfredo (2001), “Núcleo duro, la cosmovisión y la tradición mesoamericana”, en Broda, Johanna y Báez-Jorge, Félix (coord.), *Cosmovisión, ritual e identidad de los pueblos indígenas*, México, CONACULTA/FCE, pp. 47-65.
- Lozano Lerma, Betty Ruth (2014) “El feminismo no puede ser uno porque las mujeres somos diversas. Aportes a un feminismo negro decolonial desde la experiencia de las mujeres negras del Pacífico colombiano”, en Espinosa, Yuderlys, Gómez, Diana y Ochoa, Karina (edit.), *Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*, Popayán, Editorial Universidad del Cauca.
- Lozoya, Xavier y Zolla, Carlos (2015), *Lo invisible es verde*, México, El vidrio en el espejo.
- Lugones, María (2008), “Colonialidad y género”, *Tabula rasa*, núm. 9, pp. 73-101.
- Maldonado-Torres, Nelson (2007), “Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto”, en Castro-Gómez, Santiago y Grosfoguel, Ramón (coord.), *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*, Bogotá, Siglo del Hombre Editores/Universidad central/Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos/Pontificia Universidad Javeriana, pp.127-168.
- Martínez Buenabad, Elizabeth (2015), “La educación intercultural y bilingüe (EIB) en México. ¿El camino hacia la construcción de una ciudadanía democrática?”, *Relaciones 141*, pp. 103-131.
- Martínez Luna, Jaime (2010), *Eso que llaman comunalidad*, Culturas populares, CONACULTA/Secretaría de cultura del Gobierno de Oaxaca/Fundación Alfredo Harp Helú Oaxaca.
- Martínez Martín, Irene y Bernardos, Alicia (2018) “Pedagogías feministas”, *Rebelión*, <<https://rebelion.org/pedagogias-feministas/>>, consultado en 28 de enero, 2021.
- Martínez Martín, Irene (2016), “Construcción de una pedagogía feministas para una ciudadanía transformadora y contra-hegemónica”, *Foro de Educación*, vol. 14, núm. 20, pp 129-151.
- Méndez Torres, Georgina (2020) “Mujeres indígenas: el poder de la palabra y la escritura para una militancia en el presente”, en Berrio, Lina R., Castañeda, Martha P.,

- Goldsmith Marly R., Salas, Monserrat y Valladares, Laura R. (coord.), *Antropologías feministas en México: epistemologías, éticas, prácticas y miradas diversas*, Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana/Universidad Nacional Autónoma de México/ Bonilla Artigas Editores.
- Mesri Hashemi-Dilmaghani, Parastoo Anita y González Guerrero, Maribel (2014), *La organización político-social de una comunidad oaxaqueña (pueblo zapoteco serrano)*, México, Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.
- Mignolo, Walter (2016), “Prefacio a la segunda edición” en Palermo, Zulma (Comp.), *Pensamiento argentino y opción descolonial*. Buenos Aires: Del Signo, pp. 7-16.
- Moore, Catherine (2018), “Feminismos del Sur, abriendo horizontes de descolonización. Los feminismos indígenas y los feminismos comunitarios”, *Estudios Políticos*, pp. 237-259.
- Morales, Elizabet (2009), “Plan de Desarrollo Municipal de Capulálpam de Méndez”, Consejo Municipal de Desarrollo Rural Sustentable/SAGARPA.
- Ortiz, Teresa (2002), “El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer”, en Ramos, Elvira (coord.), *La salud de las mujeres hacia la igualdad de género en salud*, España.
- Padilla, Luis Alberto (2012), "Espiritualidad y cosmovisión maya desde una perspectiva integral", ponencia presentada en el Congreso Centroamericano de Filosofía, Guatemala, 13-15 de noviembre.
- Pérez-Ruiz, Maya Lorena (2016), “La traducción y la hibridación como problemas para una interculturalidad autónoma, colaborativa y descolonizadora”, *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XIV, núm. 1, pp. 15-29.
- Pérez-Ruiz, Maya Lorena y Argueta Villamar, Arturo (2011), “Saberes indígenas y diálogo intercultural”, *Cultura científica y saberes locales*, núm. 10, pp. 31-56.
- Pulido, Genara (2009), Violencia epistémica y descolonización del conocimiento, *Sociocriticism*, vol. XXIV, pp. 173- 201.
- Quijano, Aníba (2014), “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina” *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*, Buenos Aires, CLACSO, pp. 777-832.

- Quijano, Aníbal (2007), “Colonialidad del poder y clasificación social”, en Castro-Gómez, Santiago y Grosfoguel, Ramón (coord.), *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*, Bogotá, Siglo del Hombre Editores/Universidad central/Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos/Pontificia Universidad Javeriana, pp. 93-126.
- Quilaqueo, Daniel y Torres, Héctor (2013), “Multiculturalidad e interculturalidad: desafíos epistemológicos de la escolarización desarrollada en contextos indígenas”, *Alpha (Osorno)*, núm. 37, pp. 285-300.
- Ramírez, Alba (2018), “El parto en los modelos público institucional y partería tradicional: motivaciones de las mujeres el Istmo oaxaqueño”, Freyermuth, Graciela (coord.), *Los caminos para parir en México siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.
- Ramírez, Rocío (2018), “El parto en los modelos público institucionales y partería tradicional: motivaciones de las mujeres del istmo oaxaqueño”, en Graciela Freyermuth (coord.), *Los caminos para parir en México siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 48-54.
- Romero, María y Oudijk, Michel (2013) “Los zapotecos” en Miguel León-Portilla, *Historia documental de México 1*, Instituto de Investigaciones Históricas-UNAM, pp. 185-237.
- Rosa, Carlo (en prensa), “Epistemología y medicina tradicional. Conocimiento y formación en Felipe Poot, h’men maya”, Instituto de investigaciones sobre la universidad y la educación- UNAM.
- Rosa, Carlo (2021), “¿Del monólogo al diálogo de saberes? Una reflexión epistemológica y pedagógica sobre la incorporación de los saberes tradicionales indígenas en la educación intercultural básica en México”, *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, vol. 29, núm. 102, pp. 1-25.
- Rosa, Carlo (2020-2021), “Saberes tradicionales y diálogo de saberes. Notas del seminario de Educación e interculturalidad”, impartido durante el ciclo escolar 2020-21 en el Posgrado de Pedagogía de la UNAM.

- Rosa, Carlo (2019), "Territorio, cuerpo y pensamiento metafórico. Epistemología indígena y diálogo de saberes", en de Alba, Alicia (coord.), *Saberes de cultura y género. Entre epistemología, educación y pedagogía*, Memoria del XV Congreso Nacional de Investigación Educativa-COMIE.
- Rosales Mendoza, A. L. (2018), "X' ILAH K' OHA' AN (parteras) y personal médico alópata en la atención del embarazo y el parto de mujeres mayas de Yucatán y Quintana Roo", en Camarena, Lourdes y Rosales, Adriana L. (coord.), *Salud reproductiva, medio ambiente y género. Un diálogo necesario*, México, Universidad Pedagógica Nacional, pp. 55-76.
- Ruiz-Trejo, Marisa G. (2020), "Acercamiento a las antropologías feministas en Chipas y Centroamérica", en Berrio, Lina R., Castañeda, Martha P., Goldsmith Marly R., Salas, Monserrat y Valladares, Laura R. (coord.), *Antropologías feministas en México: epistemologías, éticas, prácticas y miradas diversas*, Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana/Universidad Nacional Autónoma de México/Bonilla Artigas Editores, pp. 83-118.
- Secretaría de Salud (s/f), *Marco legal de la medicina tradicional y la partería tradicional*, <<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicina-tradicional>>, consultado el 26 de febrero, 2021.
- Silva, Carlos y Burgos, César (2011) "Tiempo mínimo-conocimientos suficientes: la cuasi-etnografía sociotécnica en psicología social", *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*, vol.10, núm. 2, pp 87-108.
- Sousa, Boaventura y Meneses, María (2014), *Epistemologías del sur*, Madrid, ediciones Akal.
- Sousa Santos (2010), *Para descolonizar occidente. Más allá del pensamiento abismal*, Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Spivak, Gayatri Chakravorty. (1994). "Can the Subaltern Speak?", en Willams, Patrick and Laura Chrisman. *Colonial Discourse and Post-Colonial Theory: A Reader*. Hertfordschire: Harvester Wheatsheaf.
- Strauss, Anselm y Corbin, Juliet (2002), *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, Colombia, Editorial Universidad Antioquia/Facultad de Enfermería de la universidad de Antioquia.

- Tamayo, Irma (2016), “Las parteras tradicionales Zoques de Ocoatepec, Chiapas; y su relación con la medicina oficial”, tesis de maestría en Trabajo social (Trabajo social), México, UNAM.
- Tubino, Fidel, (s/f), “Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico”, <http://red.pucp.edu.pe/ridei/files/2011/08/1110.pdf>, consultado el 26 junio, 2021.
- Troncoso, Leyla, Follegati, Luna y Stutzin, Valentina (2019), “Más allá de una educación no sexista: aportes de pedagogías feministas interseccionales”, *Pensamiento educativo. Revista de investigación Educativa Latinoamericana*, núm. 56, pp. 1-15.
- Trilla, Jaume (2011 [1993]), *La educación fuera de la escuela. Ámbitos no formales y educación social*, Barcelona, Ariel.
- Trilla, Jaume, (s/f), “La educación no formal”, Barcelona, Universidad de Barcelona, pp. 99-127.
- Valcárcel, Amelia (2004) "¿Qué es y qué retos plantea el feminismo?", ponencia presentada en el Seminario Hacia la plena ciudadanía de las mujeres, Barcelona.
- Valladares, Liliana y Olivé, León (2015), ¿Qué son los conocimientos tradicionales? Apuntes epistemológicos para la interculturalidad, en *Cultura representaciones sociales* vol. 10, núm.19, pp. 61-101.
- Villanueva, Ollinca y Freyermuth, Graciela (2018), “¿Modelo de atención del parto con pertinencia cultural? El papel de las parteras tradicionales”, en Freyermuth, Graciela (coord.), *Los caminos para parir en México siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), pp. 92-97.
- Walsh, Catherine (2009a), “Interculturalidad crítica y educación intercultural”, ponencia ampliada presentada en el Seminario Interculturalidad y Educación Intercultural, La Paz, 11 de Marzo.
- Walsh, Catherine (2009b), "Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: in-surgir, re-existir y re-vivir", en: Patricia Medina (comp.), *Educación Intercultural en América Latina: memorias, horizontes históricos y disyuntivas políticas*, México, UPN-CONACyT, pp. 27-54.
- Walsh, Catherine (2005), “Interculturalidad, colonialidad y educación”, ponencia presentada en el Primer Seminario Internacional, Bogotá, 4 de noviembre.

Yañez, Sabrina Soledad (2015), “De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta”. Tesis de doctorado en Antropología (Antropología), México, Facultad de Filosofía y Letras/Universidad de Buenos Aires.

Zolla, Carlos (2005), “La medicina tradicional indígena en el México actual”, *Arqueología mexicana*, vol. 13, núm. 74, pp. 62-65.

ANEXO

Anexo 1. Guía de entrevista

Eje	Preguntas
Presentación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Podría decirme su nombre completo por favor? • ¿Podría grabar esta conversación para fines de mi investigación? • ¿Habla alguna lengua indígena?
Proceso de formación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se acercó a la partería? • ¿Qué edad tenía cuando lo aprendió? • ¿Quién le enseñó este oficio? ¿Lo aprendió de su familia o de algún otro lugar, o en sueños? • ¿Cómo aprendió la partería? Me podría dar algún ejemplo. • La persona que le enseñó la partería ¿cómo le enseñaba? • ¿Dónde lo aprendió? • ¿Me podría dar ejemplos sobre algunas experiencias o momentos que le hayan sido significativos? Es decir, ¿algo que le quedó grabado en la memoria (algún parto...)? • ¿Recuerda su primera experiencia en la partería? ¿Lo hizo acompañada de alguien más? • ¿Hay algún ritual para convertirse en parteras? • ¿Son importantes los sueños en su proceso de aprendizaje? ¿Usted aprendió la partería mediante sueños? ¿Me puede contar algo sobre esto?
Construcción de conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué actividades realiza cuando practica la partería? Es decir ¿qué hace? • ¿Qué tipo de instrumentos utiliza? • ¿Ha utilizado el temazcal? ¿Cuál es su papel dentro de la partería? • ¿El reboso y el petate tienen algún significado en las labores de parto? • ¿Qué tipo de hierbas utiliza? ¿Tienen algún significado? • ¿Reza o hace algún ritual antes de practicar alguna actividad relacionada con la partería? • ¿Qué hace durante el embarazo? • ¿Qué hace para atender el parto? ¿Reza o realiza algún ritual? ¿Le da algún té a la mujer? ¿La soba? • ¿Cómo corta el cordón umbilical? ¿Qué hace con la placenta? ¿Tienen algún significado estas actividades? • ¿En qué lugar atiende los partos? • En caso de complicaciones ¿qué hace? ¿Cómo aprendió qué hacer? • ¿Cuáles son las actividades que realiza después del parto? • ¿Usted sabe sobre otras actividades curativas aparte de la partería? ¿Cuáles? ¿Las relaciona con su oficio? ¿atiende otras enfermedades?

<p>Articulación con los saberes médicos-científicos (SMC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha recibido alguna certificación por ser partera? • ¿Usted ha tomado cursos o talleres sobre la partería? ¿Le gustaría? ¿Lo considera necesario? • Si ha tomado algún curso o taller ¿qué le han enseñado ahí? • ¿Ha retomado algunos de esos saberes en sus prácticas? • ¿Ha dejado de utilizar algún instrumento o alguna técnica después de haber tomado algún curso? • ¿Cómo ha sido su relación con los hospitales? • ¿Cómo es su relación con los médicos? • ¿Después de algún taller ha cambiado su concepción acerca de la partería? ¿Cómo era antes y cómo es actualmente?
<p>Dimensión social y comunitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que sus conocimientos se encuentran en vinculación con su comunidad? ¿De qué manera? • ¿Quiénes enseñan estos conocimientos? • ¿Quién los pueden aprender? ¿Los pueden aprender todas o todos? • ¿Para usted qué significa o qué representa ser partera? • ¿Es importante ser partera (en su comunidad)? • ¿De qué forma ayuda su trabajo en la comunidad? • ¿Cuál es el papel la mujer en la comunidad? • ¿Le ha enseñado a alguien o le ha transmitido sus saberes sobre la partería a alguien más? • ¿Cómo le ha enseñado a alguien más este oficio?