



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
CAMPO DE CONOCIMIENTO CIENCIAS SOCIOMÉDICAS
CAMPO DISCIPLINARIO ANTROPOLOGÍA EN SALUD

PERMANENCIA Y TRANSFORMACIÓN DEL EJERCICIO Y USO DE LA PARTERÍA TRADICIONAL EN LA
CIUDAD DE MÉXICO

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN CIENCIAS

PRESENTA:
CYNTHIA MARILUI MARTÍNEZ VILLARRUEL

TUTOR
DR. ROBERTO CAMPOS NAVARRO
FACULTAD DE MEDICINA-UNAM

COMITÉ TUTORAL
DRA. ANTONELLA FAGETTI
ICSyH-BUAP
DRA. MONSERRAT SALAS VALENZUELA
INCMNSZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., SEPTIEMBRE DE 2023



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.

“Partera que curas con cantos del alma,
Ensalmas con hierbas, invocas palabras,
Caminas erguida, canasto en cabeza,
El monte te dio tu corona de luna”
(Partera, María Moctezuma)

En memoria de Adalina, partera
tradicional del pueblo de
San Francisco Culhuacán

A todas las parteras
tradicionales de la
Ciudad de México

Agradecimientos

Al Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud (PMDCMOS) de la Universidad Nacional Autónoma de México que me permitió formar parte del programa de posgrado y volver a las aulas de la UNAM. Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCyT) por la beca otorgada para la realización de los estudios de doctorado.

Mi más infinito agradecimiento y cariño a los miembros del comité tutorial, porque en todo momento se mostraron comprensivos ante las vicisitudes personales y académicas que atravesé durante esta etapa, ya que siempre me motivaron a seguir, además de que ellos tampoco renunciaron a acompañarme. Al Dr. Roberto Campos porque desde el principio me aceptó como su tutorada y con sus experiencias, comentarios y observaciones enriqueció este trabajo, así como mi formación como antropóloga. Mi más profundo agradecimiento a la Dra. Antonella Fagetti quien me introdujo al tema de la medicina tradicional, además de guiarme desde mis primeros pasos en la investigación antropológica. A la Dra. Monserrat Salas por enseñarme a mirar de manera crítica el tema de investigación y de esta forma plantearme nuevas interrogantes.

Gracias al jurado a las integrantes del jurado de examen: Dra. Elia Nora Arganis, Dra. Blanca Pelcastre, Dra. Lina Berrio y Dra. Fanny Escobar quienes dedicaron un espacio de su tiempo para leer, comentar y fortalecer este trabajo. Asimismo, agradezco a la Dra. Ana María Carrillo por el interés en mi investigación y sus atinados comentarios.

Mi especial agradecimiento a Tanya Gómez Rugerio y Azalia Pintado por abrirme las puertas y la mirada hacia la partería tradicional en la Ciudad de México. A las parteras Adelina, Esther, Angelita y Vicky, por compartir su espacio, sus vivencias como parteras, así como su vida diaria, sus temores, sueños y reclamaciones a las instituciones que las han invisibilizado; gracias por seguir cuidando de la salud y la vida de las mujeres y niños a pesar de los obstáculos que se les presentan. Gracias a la extinta Red *Nonantzin* por permitirme colaborar con ustedes, escucharlas y apoyarlas hasta donde mis posibilidades alcanzaron. Gracias a Brizo y Sofía por abrirme las puertas de su casa y compartir conmigo sus historias en torno a etapas tan importantes y vulnerables como lo es el embarazo, el parto y el puerperio.

A Ulises por ser mi compañero y apoyo, por estar conmigo y nunca soltar mi mano aún en los momentos en los que ni yo misma sabía hacia dónde ir, gracias por mostrarme que siempre hay una pequeña luz en la oscuridad y por siempre creer en mí. Gracias a mis padres, a mi abuela, a mi hermana y a su familia porque cada uno, a su manera, me motivó a culminar esta etapa.

Índice

Introducción	6
Capítulo 1. Punto de Partida. Abordaje de la Partería Tradicional en la Ciudad de México .	18
Breves Antecedentes de Investigación Sobre Partería	18
Referentes Teóricos.....	25
<i>Representaciones y Experiencias</i>	25
<i>Hegemonía y Subalternidad en los Modelos Médicos</i>	32
<i>Medicalización del Parto</i>	36
Capítulo 2. Antecedentes Históricos y Normativos de la Partería Tradicional	38
La Partería en Perspectiva Histórica	38
<i>Primeros Acercamientos. Partería Prehispánica</i>	39
<i>La Monarquía Hispánica</i>	47
<i>Nueva España</i>	51
<i>Siglos XVIII y XIX</i>	57
Contexto Normativo de la Partería Tradicional	71
<i>Convenios y Recomendaciones Internacionales</i>	71
<i>Políticas y Recomendaciones Nacionales</i>	77
<i>Políticas en la Ciudad de México</i>	81
Pronunciamientos de las Organizaciones de Parteras Tradicionales.....	82
Capítulo 3. Saberes y Prácticas de las Parteras Tradicionales de la Ciudad de México	91
Aspectos geográficos del área de estudio.....	95
Parteras Tradicionales en la Ciudad de México	98
<i>Adelina. “No aprendí de nadie, yo aprendí sola”</i>	99
<i>Esther. “Mi iniciación como partera fue porque yo veía a mi mamá”</i>	104
<i>Angelita. “Yo trabajé en un sanatorio, pero mi primer parto fue en una piedra”</i>	109
<i>Vicky. “Aprendí de mi abuelita”</i>	113
Saberes y Prácticas en torno al Ciclo Reproductivo.....	118
<i>Atención Durante el Embarazo</i>	118
<i>Atención del Parto</i>	126
<i>Atención Durante el Puerperio</i>	134
<i>Cuidados Infantiles</i>	139
<i>Otras Atenciones en Salud Sexual y Reproductiva</i>	144

Red de Parteras y Curanderas de la Ciudad de México “Nonantzin”	147
Experiencias de las Usuarias en la Atención con Partera.....	155
<i>Brizo</i>	156
<i>Sofía</i>	161
Capítulo 4. Interrelación con la Biomedicina	169
Experiencias de las Parteras	170
<i>Cursos de Capacitación y Certificación</i>	170
<i>Certificados de Nacimiento</i>	181
<i>Relación con el Personal de Salud</i>	189
Usuarias en los Servicios de Salud.....	194
<i>Consulta Prenatal</i>	194
<i>Atención del Parto</i>	197
Entre el Desarrollo y la “Tradición”	207
Consideraciones Finales	212
Recomendaciones.....	218
Anexos	221
Anexo 1. Relación de Plantas Concernientes al e/p/p en el Códice de la Cruz-Badiano	221
Anexo 2. Expediente relativo a la forma en que se ha de desempeñar el oficio de partero y partera	226
Anexo 3. Pronunciamientos	231
Anexo 4. Formato Certificado de Nacimiento	244
Anexo 5. Formato Registro de Atenciones Parteras.....	245
Anexo 6. Dictamen Comisión de Ética	247
Anexo 7. Información Sobre Consentimiento Informado	248
Anexo 8. Carta de Consentimiento Informado.....	251
Anexo 9. Guía de Entrevista a Parteras.....	252
Anexo 10. Guía de Entrevista a Usuarias.....	255
Índice de Tablas e Imágenes	258
Bibliografía	259

Introducción

Dicen que nadie llega a un tema de investigación por casualidad, que siempre hay algo que nos marca y, aunque sea de manera inconsciente, va guiando nuestros intereses; en mi caso, el crecer cerca de mi abuela, quien nos curaba de empacho, nos daba algún té para el dolor de estómago o nos hacía una limpia con un huevo cuando teníamos aire, fue parte importante de mi acercamiento al cuidado a la salud a través de terapéuticas que no corresponden a la biomedicina; pero también tener varios familiares cercanos en el área de la salud, me hicieron pensar que no había una única forma de sanarnos. De esta forma, mis intereses en torno a la medicina tradicional, específicamente del cuidado a la salud materna e infantil, me han acompañado desde el inicio de mi formación como antropóloga.

No obstante, quiero mencionar que mientras cursaba los estudios de doctorado, la investigación se fue modificando, esta situación no resulta extraña si pensamos que es lo que regularmente sucede en las investigaciones de corte antropológico, sobre todo una vez que vamos a campo y contrastamos los datos obtenidos con la teoría que pretendemos utilizar, de esta manera, como antropólogos, cambiamos, nos adaptamos, reflexionamos, analizamos y aspiramos a explicar pequeños fragmentos de realidad.

En este caso, tales transformaciones se debieron a mis propias vivencias y dificultades personales a las que me enfrenté, principalmente durante el primer año de doctorado, de esta forma tuve que adaptarme y replantear el proyecto de investigación que presenté al inicio del posgrado. Si bien el tema de la investigación no se modificó, lo que sí cambió de forma enorme fue el contexto en el que se realizó, de esta manera el estudio que en primer momento estaba situado en un espacio predominantemente indígena, cambió a un entorno urbano, la Ciudad de México. Esta situación me amplió el panorama, pues como explico a lo largo del texto, es muy difícil pensar que en la Ciudad de México aún podemos encontrar parteras tradicionales, lo que representó numerosos retos a distintos niveles, desde la ausencia de información, los conflictos teórico-metodológicos al tratarse de un ámbito urbano y la reciente configuración de la Ciudad de México como una entidad federativa, con las normativas correspondientes.

La investigación se llevó a cabo en San Francisco Culhuacán, Coyoacán; así como en San Antonio Tecómitl y Villa Milpa Alta, Milpa Alta; debido a que en estos lugares fueron

localizadas algunas parteras tradicionales urbanas (dos en cada alcaldía), además, es importante recalcar que las tres localidades pertenecen a los pueblos originarios de la Ciudad de México, y que contrastan mucho entre si respecto a su ubicación y conexión con otros lugares de la ciudad.

Algo que es posible mencionar es que, independientemente del espacio al que nos estemos refiriendo (sean urbanos o rurales), el embarazo, parto y puerperio (e/p/p en adelante) constituyen un proceso de suma importancia para la sociedad ya que implican la reproducción de la misma, dichas etapas no sólo involucran cambios biológicos, sino también expresa un conjunto de relaciones sociales y simbólicas. Para hacer frente a estos, la sociedad crea distintos mecanismos de acción, en este sentido, la existencia de diversas formas de atención a la salud dentro de una sociedad determinada conlleva la interacción entre diferentes saberes. Sin embargo, esta relación no está exenta de tensiones, ya que, dependiendo del contexto histórico y sociocultural en el cual son producidos, diversos saberes en torno a la salud pueden quedar subordinados a uno dominante, lo que en la mayoría de las ocasiones implica la limitación, descalificación y/o prohibición de los saberes subordinados, en este caso, los correspondientes a los terapeutas tradicionales, hecho que no sólo implica modificaciones en la forma de atención, sino que también conlleva transformaciones de las representaciones y prácticas de las parteras y mujeres en torno al ciclo reproductivo.

A manera de antecedente, es importante señalar que, desde hace muchos años la biomedicina se ha consolidado como el Modelo Médico Hegemónico (MMH en adelante), de esta forma, los saberes que no están respaldados por el cientificismo han sido relegados y progresivamente han quedado invalidados. En este sentido, el desarrollo histórico de diversos países de América Latina condujo a que la mayoría de los conocimientos de los pueblos indígenas, incluidos los saberes en torno al cuidado a la salud, fueran rechazados y señalados como una muestra de atraso, situación que se intensificó a partir de la consolidación de los Estados-nación.

Esta situación, sin duda trastocó a la partería tradicional, lo que ha resultado en la disminución de mujeres dedicadas a esta labor. En este sentido, es de suma importancia profundizar sobre la influencia que la biomedicina –como MMH– ejerce a través de las políticas internacionales, nacionales y regionales de salud materna, en los programas de salud

impulsados por el gobierno, en la normativa en torno a la partería tradicional, además de las modificaciones que se han realizado sobre las representaciones y prácticas en torno al ciclo reproductivo, tanto de las parteras como de las usuarias.

Sin embargo, es importante señalar que el MMH ha sido “flexible” respecto al uso y práctica de la partería tradicional en zonas rurales e indígenas, en donde los servicios de salud no logran cubrir las necesidades de la población, pero aún en estos espacios, la partería ha tenido que circunscribirse a ciertas normas impuestas por el MMH. De esta manera, a partir de la expansión de la biomedicina, varios elementos sociales y culturales han quedado relegados, dando paso a la preeminencia de los factores biológicos.

Ahora bien, en un contexto urbano, que dentro del imaginario supone desarrollo y “modernidad”, por lo tanto, el fácil acceso a los servicios de salud en sus diferentes niveles de atención, la partería tradicional no sólo ha quedado marginada, sino que ha sido invisibilizada, lo cual ha acelerado el proceso de disminución y desaparición de dichas especialistas.

Pese a esto, en la Ciudad de México, aunque escasas, aún podemos encontrar parteras tradicionales -alrededor de treinta y tres-, así como mujeres que acuden a solicitar sus servicios, tal vez ya no en el momento del parto –debido a que sido mayormente medicalizado–, pero sí desde antes del embarazo, durante éste y en el puerperio. En este sentido, el estudio de la partería tradicional en un contexto urbano –que además es la capital del país–, resulta ser bastante complejo; por un lado, el crecimiento acelerado que experimentó la Ciudad de México, particularmente en el último tercio del siglo XX, así como el desarrollo y ampliación de los servicios urbanos, como es el caso del acceso a los servicios de salud, favoreció la implementación del MMH de forma más contundente, lo que no sólo ha implicado la disminución de las mujeres que se dedicaban a la partería, sino que a través de la falta de nuevas certificaciones¹, así como derivado de las advertencias sobre los riesgos de la partería, se ha desanimado a las mujeres jóvenes a aprender o ejercer esta actividad.

Otro punto de importancia se encuentra relacionado a los procesos históricos, económicos, políticos y socioculturales, como es posible imaginar, este tipo de variables han impactado de forma distinta a los ámbitos rurales y los urbanos, favoreciendo que las prácticas de las parteras tradicionales subsistan de forma más amplia en las zonas indígenas,

¹ Tanya Gómez Rugerio, comunicación personal; y Angelita, conversación informal.

pese a todo ello, esta situación no implica que no se haya disminuido considerablemente el número de mujeres dedicadas a esta labor en regiones rurales.

Para el caso de la partería tradicional en contextos urbanos, y específicamente para la presente investigación, es importante dar cuenta de las modificaciones que ha sufrido dicha labor en este tipo de espacios, lo que permite hablar sobre las problemáticas a las que se enfrentan aquellas personas que solicitan y ejercen estas actividades. En este sentido, como se demostrará en las páginas siguientes, la permanencia de la partería en la ciudad puede ser explicada a través del análisis de las experiencias, representaciones y prácticas de las parteras, así como de las usuarias, a través de una mutua interrelación –parteras-mujeres–, a lo que se suman los vínculos con la biomedicina; todos estos elementos involucrados en la atención del ciclo reproductivo.

Respecto a la correspondencia partera-biomedicina, se reconoce que hay una relación de subalternidad-hegemonía, que margina y limita los saberes y prácticas de las parteras. Ahora bien, sobre la interacción mujer-biomedicina, al igual que en el caso anterior, existe una condición de subalternidad-hegemonía, puesto que, alegando la disminución de la mortalidad materna, se han creado diversas políticas públicas que han llevado a hipermedicalizar el parto, sobre todo en zonas urbanas, situación que implica una forma de violencia, que además se encuentra naturalizada.

Esto cobra mayor relevancia a partir de la experiencia de las propias parteras y de las mujeres que asisten con ellas, sobre todo en un momento en que la lucha por el reconocimiento de la partería tradicional y respeto en torno al ciclo reproductivo se ha visto incrementada, pues recientemente varios grupos de parteras de diferentes estados de la república, se organizaron y han generado diversos pronunciamientos respecto a la descalificación de sus saberes, así como también han denunciado otros obstáculos que se les imponen para el ejercicio de su labor, lo cual identifican como una violación de sus derechos culturales, este hecho se suma al argumento de que sus prácticas y conocimientos contribuyen a la disminución de la mortalidad materna, la violencia obstétrica, la práctica excesiva de cesáreas², así como a brindar atención humanizada durante el parto, además de que ofrecen

² En 2014 –últimos datos del INEGI–, en México a nivel nacional el 53.8 % de los partos fue por vía vaginal y el 46.2 % fueron por cesárea, de los cuales casi la mitad fueron programadas. En el caso de la Ciudad de México, 50.6 % de los partos fueron vaginales y 49.4 % cesáreas, en este caso un poco más de la mitad fueron programadas (INEGI, 2014).

otro tipo de cuidados de los que la biomedicina carece. De igual forma, es fundamental señalar que la atención de las parteras no se circunscribe únicamente al e/p/p, pues muchas veces ésta ocurre desde antes del embarazo, por ejemplo, en casos de infertilidad, así como también su quehacer se prolonga después del puerperio ya que atienden a los niños durante los primeros meses de vida. Por otro lado, se debe subrayar que no sólo brindan atención en el aspecto biológico, pues son personas de confianza y respeto en las localidades, que dan consejos y acompañamiento a las mujeres.

En este sentido, en la relación mujer-partera se encuentran otros elementos que permiten la subsistencia de la partería, entre ellos destacan: el trato personalizado, la confianza, la atención de padecimientos que la biomedicina no resuelve, así como la experiencia propia y de otras mujeres allegadas; en el otro extremo, tomando en cuenta la modificación de esta relación, sobre todo en cuanto al parto, podemos entender la representación que las mujeres elaboran en torno a este momento en particular, como un riesgo que debe ser atendido medicamente, lo cual da cuenta del proceso de expansión del MMH y la medicalización del parto.

Derivado de lo anterior, se establece que la persistencia de las parteras debe ser abordada desde los vínculos que se entablan con las usuarias, por lo que el presente estudio mantiene un enfoque relacional, haciendo énfasis en la díada partera-usuarias, es decir, desde el análisis de las experiencias y prácticas no sólo de las parteras, sino también de las mujeres que solicitan la atención de dichas especialistas. A partir de este enfoque se pudo comprender la permanencia e importancia de su labor para la atención al ciclo reproductivo. Asimismo, para entender el carácter subalterno de la partería tradicional, fue necesario hacer uso de su contraparte, es decir, la perspectiva hegemónica, que en este caso se encuentra fundamentada en la biomedicina (políticas, cursos, relación partera-personal de salud, entre otros), por esta razón es que se tomó en cuenta la perspectiva biomédica, principalmente a través de las políticas públicas, para delinear las perspectivas dominantes en torno a la partería y sus practicantes.

Con relación a lo ya expresado, la pregunta principal que formulé para esta tesis, fue: ¿De qué manera las parteras y mujeres, a partir de sus experiencias en la relación establecida entre ellas y con la biomedicina –en sus diversos niveles–, en un contexto de hegemonía-subalternidad, modifican y reelaboran sus representaciones y prácticas en torno a la atención

del e/p/p, y cómo éstas han permitido la subsistencia de la partería tradicional urbana en la Ciudad de México?

La hipótesis planteada a manera de dar una respuesta a la pregunta anterior fue la siguiente: La influencia que la biomedicina ejerce, como MMH, a través de las políticas internacionales, nacionales y regionales de salud materna, sumada a los programas de salud y desarrollo impulsados por el gobierno e implementadas a través de la labor médica; han contribuido a la modificación de las prácticas en torno al e/p/p –tanto de parteras como de las mujeres–. Este hecho es mayormente visible en la Ciudad de México, pues, al tratarse de uno de los mayores centros urbanos del mundo, supone un mayor acceso a los servicios de salud, situación que ha provocado una disminución considerable del número de mujeres dedicadas a la partería.

En este sentido, las parteras y mujeres a partir de sus experiencias, en su carácter de subalternas a la biomedicina en un contexto urbano, modifican sus representaciones y prácticas en torno al ciclo reproductivo, a través de un proceso transaccional, lo cual, en conjunto con las cuestiones socioculturales y económicas, influye en la elección de las formas de cuidado durante el e/p/p, lo que explica en buena medida las razones de permanencia de la partería tradicional urbana.

El objetivo general de la investigación consistió en: conocer, describir y analizar la forma en que parteras y mujeres modifican y reelaboran sus representaciones y prácticas en torno a la atención del e/p/p, a partir de sus experiencias en la relación establecida entre ellas y con la biomedicina, para comprender el estado de la partería tradicional en la Ciudad de México.

De esta forma, los objetivos específicos fueron:

- 1- Describir y analizar las experiencias de las parteras tradicionales en su relación con la biomedicina.
- 2- Describir y analizar la transformación de las representaciones y prácticas de las parteras tradicionales en torno al ciclo reproductivo y la salud materno-infantil.
- 3- Describir y analizar las experiencias de las mujeres usuarias de la partería tradicional en su relación con la biomedicina y las parteras.

- 4- Describir y analizar la transformación de las representaciones y prácticas de las mujeres usuarias de la partería tradicional en torno al ciclo reproductivo y la salud materno-infantil.
- 5- Describir y analizar la relación entre los elementos socioculturales y económicos con el uso y ejercicio de la partería.
- 6- Describir y analizar la relación de las políticas de salud materna y los programas de salud —a nivel internacional, nacional y regional— con la modificación del uso y ejercicio de la partería.

Para lograr los objetivos propuestos, mantuve un enfoque cualitativo utilizando el método etnográfico, haciendo uso de técnicas como la observación, entrevistas semiestructuradas, entrevistas a profundidad, conversaciones informales, entre otras. Dicho método, me permitió comprender la importancia y permanencia de la partería tradicional urbana, por tal motivo, no sólo resultó imprescindible recuperar las experiencias y prácticas de las especialistas tradicionales, sino también la de las mujeres que asisten con ellas. Asimismo, ya que se plantea un enfoque relacional, fue fundamental conocer el punto de vista médico respecto a la partería tradicional, mismo que fue cubierto principalmente a través del análisis de las políticas sobre salud.

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos, consistieron en:

- 1- Entrevistas a profundidad

Las entrevistas a profundidad permiten a través de la narrativa, conocer la experiencia de las parteras y mujeres en su relación con los diferentes sistemas médicos, así como también da cuenta de los motivos por los cuales se modifican sus representaciones y prácticas. Estas entrevistas han sido realizadas a parteras y a mujeres que asisten con dichas especialistas tradicionales.

Los tópicos a desarrollados en las entrevistas son los siguientes³:

- a) Parteras

- Historia de vida de las parteras.
- Cómo es la atención por parte de la partería durante el ciclo reproductivo.

³ Para una versión detallada de las guías de investigación consultar Anexos

- Relación de las parteras con la biomedicina.
- Modificación de las prácticas de las parteras.

b) Mujeres

- Historia reproductiva de las mujeres que acuden con parteras.
- Experiencias que han tenido con cada una de las formas de atención.
- Ventajas y desventajas que observan en cada una de las formas de atención.
- Motivos por los que prefieren la atención de una o más formas de atención.

c) Biomédicos

Al principio de la investigación planteé la posibilidad de realizar entrevistas a los médicos, sin embargo, debido a los trámites burocráticos, así como a la larga espera que implica el poder recibir un permiso por parte de la Secretaría de Salud, y posteriormente debido a la pandemia por COVID-19, suspendí las entrevistas al personal de salud, sin embargo, tuve oportunidad de tener contacto con diferentes médicos a lo largo del proceso de observación.

2- Observación

Realicé observación de la vida cotidiana de las parteras, así como del contexto en el que viven y ejercen su labor, además de la relación con las mujeres que atienden, con los médicos y su entorno social, también pude participar con ellas en diferentes actividades, como ferias de salud, reuniones en la organización a la que pertenecían y en diversos talleres que impartieron.

Asimismo, pude estar cerca de un par de mujeres que acudieron a consulta con la partera tradicional, así como conocer los principales motivos de atención de otras usuarias.

El trabajo de campo lo llevé a cabo de octubre de 2018 a marzo 2020 momento en el que fue interrumpido por la pandemia de COVID-19. La recopilación de los datos de campo la inicié con las parteras, ya que fueron ellas el primer contacto que establecí. En este sentido, tuve comunicación con cuatro parteras tradicionales, dos en Coyoacán y dos en Milpa Alta. Se comenzó con conversaciones informales y posteriormente se realizaron las entrevistas, las cuales se llevaron a cabo en varias sesiones, según el grado de avance alcanzado, así como a la riqueza de información que comenzaron a compartirme.

Una vez que establecí relación con las parteras, se procedió a tener acercamiento con las mujeres que asisten a recibir atención de las terapeutas tradicionales, a través de la estrategia de “bola de nieve”, de modo que fueron las parteras quienes me guiaron y refirieron con aquellas mujeres que han atendido. Una vez ubicadas, recopilé sus datos generales y se comenzó con las entrevistas a profundidad.

El siguiente paso recorrido consistió en la transcripción de las entrevistas, evidentemente, uno de los requisitos principales para poder realizar este paso de la mejor manera consiste en la conclusión de las entrevistas, o cuando menos de haber cubierto ciertos tópicos o tiempos. Por lo que, a partir de estos puntos, echando mano del diario de campo, me di a la tarea de clasificar el universo de información que fue obtenido a lo largo de las muchas conversaciones e interacciones que se fueron construyendo. Los resultados de estos esfuerzos comenzaron a fraguar a través de diversas categorías resultantes del trabajo de campo, mismas que, en conjunción con los conceptos desarrollados a partir de la teoría, me permitieron realizar el análisis de los datos.

Por otro lado, es fundamental señalar los aspectos éticos que se mantuvieron a lo largo de la investigación, si bien el proyecto de investigación se inscribe en un posgrado perteneciente a la Facultad de Medicina de la UNAM, se toman en cuenta las características específicas de un estudio social de orden cualitativo, debido a que hay una interacción e interlocución directa con las personas que participan en la investigación, por lo tanto, la presente investigación al ser de carácter antropológico, retoma los códigos de ética de la *American Anthropological Association* (AAA) y del Colegio de Etnólogos y Antropólogos Sociales (CEAS), ambas asociaciones son un referente internacional y nacional, para el ejercicio profesional de la antropología.

Como señalé en los apartados anteriores, el proyecto tiene como eje principal el análisis de las experiencias y prácticas en torno al ciclo reproductivo y cómo estas influyen en la permanencia e importancia que se asigna a la partería tradicional urbana, esta perspectiva requirió que el trabajo de campo fuese desarrollado en distintas latitudes de la Ciudad de México, con lo cual se buscó privilegiar un acercamiento más personal con las parteras y las usuarias que se encuentran implicadas directamente en el tema de interés.

Durante la realización del trabajo de campo elaboré una serie de entrevistas a parteras y mujeres, para lo que previamente obtuve el consentimiento informado de cada una de las

participantes, motivo por el cual les comuniqué diversos datos que les permitieran conocer los alcances y manejo de la investigación, así como detalles académicos con los que me presenté, entre la información mencionada se encuentra: la institución a la que pertenezco, grado que cursé, título de la investigación, objetivos, métodos y usos que se le daría a la información recabada, asimismo, especifiqué la protección de los datos personales, así como las condiciones de su colaboración⁴.

Les notifiqué que su participación es voluntaria y, por ende, podían dejar de ser parte del proyecto en el momento que deseen. Este procedimiento se llevó a cabo, con los distintos participantes –parteras, mujeres, familiares, y médicos– para garantizar que la información obtenida no será empleada de manera perjudicial, salvaguardando los datos personales. En algunos casos utilicé seudónimos que el propio participante eligió, es importante puntualizar que algunos colaboradores, haciendo ejercicio de su libertad de participación, me solicitaron la utilización de su nombre real, especificando en el consentimiento informado que autorizaban el uso de su nombre, sin embargo, se sopeso el beneficio-daño de tal decisión, siempre dialogando con los interlocutores, para tomar la decisión que se considere pertinente⁵.

En la segunda etapa de la investigación, relativa al análisis y clasificación de los datos, se garantizó la seguridad de la información obtenida, la cual fue utilizada únicamente con fines académicos y, conforme a lo que se estipula en el consentimiento informado, asegurando la confidencialidad de los datos personales de los participantes. Toda la información obtenida, audios y fotografías han quedado bajo mi resguardo y nadie más podrá hacer uso de ellos sin mi consentimiento y siendo debidamente citados⁶.

Finalmente, quiero señalar que la tesis se encuentra organizada en cuatro capítulos, el primero de ellos está dividido en dos partes; la primera, corresponde a los antecedentes de investigación sobre partería, a través de estos se busca dar cuenta de las diversas perspectivas desde donde ha sido abordada la partería tradicional, de tal forma que se puedan evidenciar los vacíos que existen en torno a estas especialistas en el contexto urbano. El segundo apartado, corresponde al abordaje teórico que guía la tesis, aquí presento los diversos autores y trabajos involucrados en el desarrollado de categorías como representaciones; experiencias;

⁴ Punto 3 código de ética AAA y punto I, número 1 código de ética CEAS

⁵ Punto 4 código de ética AAA y punto I, número 2 código de ética CEAS

⁶ Punto 6 código de ética AAA y punto I, número 4 código de ética CEAS

modelos médicos; medicalización; entre otros. Con este esquema pretendo manifestar desde el inicio mi posicionamiento respecto a la partería tradicional urbana, además de fundamentar la aproximación teórica que empleo a lo largo de la investigación.

El segundo capítulo está enfocado en delinear la manera en que se ha transformado la figura de la partera a lo largo del tiempo. Con esta idea en mente es que planteo un breve recorrido histórico que comienza con datos en torno la forma en que eran percibidas las parteras por los antiguos pobladores del centro del actual territorio mexicano, pasando de ser consideradas como personas de gran importancia para la comunidad –por la labor que desempeñaban no sólo de forma técnica sino también ritual– hasta ser marginadas y criminalizadas por considerar que sus prácticas resultan dañinas para las mujeres y los recién nacidos. A través de este proceso es posible identificar repercusiones que continúan manifestándose en la actualidad, lo cual queda planteado en el marco normativo de la partería. Como contraparte de este fenómeno, menciono algunos de los Pronunciamientos que han elaborado diversas organizaciones de parteras como respuesta y manifestación frente al contexto de discriminación que viven.

En la primera parte del tercer capítulo presento algunos datos relativos al número de parteras que existen en la Ciudad de México y el número de partos atendidos por partera en México, y específicamente en la ciudad; posteriormente se plantea un breve acercamiento a los espacios geográficos en los que las especialistas tradicionales desarrollan su labor. La segunda parte es concerniente a la descripción de las experiencias de las parteras, en ésta se aborda la iniciación y aprendizaje como parteras, la atención durante las diferentes etapas del ciclo reproductivo y su participación como integrantes de una Red de parteras. En la última parte, describo los motivos que llevaron a las usuarias entrevistadas a recurrir a la atención de una partera y la experiencia que tuvieron con las especialistas tradicionales.

El cuarto capítulo corresponde a la descripción y análisis de la relación que tanto parteras como usuarias han establecido con la biomedicina. En el caso de las especialistas tradicionales retomo sus experiencias en los cursos de capacitación y certificación, la problemática con los certificados de nacimiento y la relación con la jurisdicción sanitaria, así como con otros médicos. Respecto a la experiencia de las usuarias, presento sus testimonios en torno a la atención del embarazo y del parto en el ámbito hospitalario. A partir de los datos

de campo y las herramientas teóricas, muestro algunas de las representaciones que los diversos actores han elaborado respecto a la partería tradicional.

Capítulo 1. Punto de Partida. Abordaje de la Partería Tradicional en la Ciudad de México

Breves Antecedentes de Investigación Sobre Partería

Antes de entrar de lleno a los antecedentes de investigación sobre partería, considero pertinente hacer un paréntesis para explicar de manera breve la manera en la que ha sido abordada la medicina tradicional desde la antropología. El desarrollo e institucionalización de la antropología en México está estrechamente ligada con la consolidación de un Estado-nación homogéneo, tarea que fue clave para los antropólogos en México, de esta forma, el “problema del indio” y cómo integrarlos, era el interés principal del Estado y por lo tanto de la antropología mexicana (Vázquez, 2014, p.12).

En este sentido, los primeros profesionales de esta ciencia que surgen en nuestro país parten de una perspectiva substancialmente práctica, puesto que las investigaciones que se emprendieron fueron realizadas para guiar las decisiones del gobierno. En este tenor es que surgen el libro *Forjando patria*, obra de Manuel Gamio publicada en 1916, quien, además de ser considerado como el padre de la antropología mexicana, plantea en este trabajo la necesidad de integrar a los indígenas y a la población blanca en un proyecto único de desarrollo. Derivado de ello, se lograría una homogeneidad social y cultural que beneficiaría el desarrollo del país (Tejera, 2002, p. 48).

Con este tipo de planteamientos a cuestras es que se generaron diversos proyectos que buscaron encontrar el medio más adecuado para acercarse a la población indígenas, idea que en 1940 derivó en la celebración del “Congreso Indigenista Interamericano” en Pátzcuaro, Michoacán, el cual funcionó como antecedente para que en 1948 se instaurara el Instituto Nacional Indigenista (INI) (Campos-Navarro *et. al.* 2017; Freyermuth y Sesia, 2006).

Una de las inquietudes que formó parte importante de los temas abordados en el Congreso Indigenista, y que fue replicado posteriormente a lo largo de la existencia del INI, era la desigualdad de acceso a la educación y los servicios de salud (Campos-Navarro *et. al.* 2017, p. 444). En este sentido, una de las principales líneas de investigación de la antropología, en particular de la antropología médica, fue “entender por qué y cómo se daba la aceptación parcial o rechazo de la población indígena hacia los servicios de salud oficiales”

(Freyermuth y Sesia, 2006, p. 11); esta preocupación poco a poco fue tomando forma, reconociendo la necesidad de comprender el contexto sociocultural para comprender las creencias y, en última instancia, facilitar la implantación y desarrollo de los programas de salud.

Esta perspectiva constituye uno de los abordajes con los que más se comprometió Aguirre Beltrán, pues consideraba que el fin último de antropología médica era innovar la medicina y la salud en comunidades asoladas por enfermedades que en su mayoría eran de fácil prevención; cabe señalar que esta innovación se realizaría dentro del marco de la medicina científica y que estaría enfocada hacia la población indígena⁷ (Freyermuth y Sesia, 2006, p. 12).

Una perspectiva complementaria, identificada por Freyermuth y Sesia, propone que la antropología médica mexicana desde el principio ha tenido interés por el estudio de la medicina tradicional, el cual continúa hasta la actualidad, en este sentido, las autoras mencionan tres vertientes principales sobre las que se han volcado los estudios de la medicina tradicional, el primero de estos está conformado por la documentación de los “síndromes de filiación cultural”; el segundo está constituido por el estudio de la cosmovisión, la estructura y los recursos humanos de la medicina tradicional; y, por último, las investigaciones en torno a la etnobotánica (2006, p. 12). Como punto significativo de su trabajo, reconocen que el estudio de las interacciones entre los diversos sistemas médicos es una de las preocupaciones más importantes abordadas desde la antropología médica (Freyermuth y Sesia, 2006, p. 13).

Un punto de gran relevancia para los fines del presente escrito, también mencionado por las autoras, es que, las investigaciones que derivaron del enfoque de Aguirre Beltrán, además de aquellas que tenían a la medicina tradicional como oriente investigativo, se centraron casi de manera exclusiva en la población indígena (2006, p. 12). Me parece fundamental resaltar este último punto, pues considero que, al circunscribir la medicina tradicional únicamente al interior de espacios indígenas y rurales, sumado a la suposición de que los servicios de salud oficiales en localidades urbanas cubren todas las necesidades de salud de la población, ha favorecido, o más bien, ha tenido como consecuencia la

⁷ Para profundizar respecto a la temática de estos programas de salud consultar: Aguirre Beltrán, G. (1994). *Programas de salud en la situación intercultural*. México, Universidad Veracruzana/Instituto Nacional Indigenista/Gobierno del Estado de Veracruz/Fondo de Cultura Económica.

invisibilización de la medicina tradicional en la Ciudad de México, situación que también es posible identificar en las escasas investigaciones que se han realizado al respecto.

Entre algunos de los textos localizados, en primer lugar, quiero señalar el realizado por Anzures y Bolaños (1986), quien hizo trabajo de campo en el Hospital General de la Ciudad de México; en dicha investigación la autora da cuenta de la explicación que los pacientes dan a su enfermedad, además de la manera en la que interrelacionan y complementan la atención biomédica con la medicina tradicional. En segundo lugar, se encuentra el trabajo de Campos-Navarro (1990), en el cual plantea la vigencia y permanencia de la medicina tradicional en la Ciudad de México, ya que, como el mismo autor señala, existe un vacío en la investigación de estas prácticas en la ciudad, de esta forma, a través de la historia de vida de una curandera originaria de Iztapalapa, describe la iniciación y aprendizaje de los curanderos, la nosología y terapéutica utilizada, la subordinación de la medicina tradicional al modelo médico hegemónico y la vigencia de las prácticas tradicionales de atención a la salud. Finalmente, Escobar (2020) elabora un contraste entre los especialistas tradicionales en Milpa Alta, en épocas antiguas y en la actualidad, para lo cual recurre a las narraciones de los pobladores, algunos textos e inclusive cuentos y leyendas, en este sentido, no sólo describe la terapéutica de los curanderos, sino también su relación con el área geográfica milpaltense y los ciclos agrícolas; es importante mencionar que el documento tiene un breve apartado relativo a la partería.

En torno al tema de la partería tradicional, este ha sido ampliamente estudiado desde distintas disciplinas, por ejemplo: la sociología, la historia, la antropología, la enfermería y el trabajo social; en este sentido, resulta imposible enumerar cada una de las investigaciones que se han producido a lo largo de los años y que hoy día continúan surgiendo, por este motivo sólo me limitaré a mencionar algunas de las obras que considero se han convertido en documentos representativos de este tema, ya sea por su originalidad o por la forma en que han interpretado la información que se encuentra disponible en torno a la partería, sus usuarias o sobre las especialistas tradicionales.

Como punto de partida, iniciando con las obras que se han realizado a partir de perspectivas históricas⁸, de entre los muchos trabajos a los que se puede hacer referencia,

⁸ La partería en perspectiva histórica será abordada con mayor profundidad en el capítulo 2, por lo que el presente recuento es, en el mejor de los casos, una presentación general para hablar sobre los abordajes que se han hecho en torno a esta temática.

uno de los más significativos es *La obstetricia en México*, obra de Nicolás León, publicada en 1910; este texto fue elaborado a lo largo de más de treinta años, y da cuenta del conocimiento y la práctica de la obstetricia desde el siglo XVI hasta principios del siglo XX, por lo que se puede decir de forma inmediata que es una perspectiva que se construye a partir de la participación de médicos y de parteras, esto último debido a la gran cantidad de datos etnográficos en torno a las costumbres sobre el parto y la partería provenientes de diversos pueblos indígenas. Acorde a lo que el autor expresa en la primera sección intitulada “Al lector”, se trata de una compilación de datos que pretenden dar un panorama general de este tema, sin embargo, dada la amplitud y la cantidad de información contenida, esta obra se ha tornado como una de las más valoradas dentro de la historia de la medicina en México.

Por otra parte, Irina Ravelo (2016) realiza una exhaustiva historiografía, en donde recupera los diversos documentos sobre la partería desde los primeros escritos novohispanos hasta principio del siglo XIX; la autora fundamenta que la mayoría de los estudios realizados respecto a la partería en dicho periodo consideran a la partería novohispana de manera homogénea, por lo que sólo se hace referencia a la segunda mitad del siglo XVIII. Además, señala que muchas de las investigaciones sólo utilizan fuentes de los siglos XVII y XVIII, dejando de lado las fuentes concernientes al siglo XVI bajo el argumento de que estas son muy escasas, no obstante, Ravelo logra recuperar algunas de estas fuentes para brindar una perspectiva amplia de la partería que comprende todo el periodo novohispano.

Otro de los trabajos referentes a esta temporalidad, es el de Verónica García (2018), quien retoma como fuentes los documentos del Real Tribunal del Protomedicato y el Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición, de esta manera, la autora intenta reconstruir los saberes y prácticas de las parteras de esa época. Sin embargo, derivado de las atribuciones y competencias de la Inquisición y del Protomedicato, la mayoría de la documentación recuperada y analizada corresponde a parteras negras, mulatas y mestizas.

El texto de Marcela Dávalos (1998) se concentra en los siglos XVIII y XIX; en este escrito la autora centra la atención en describir la relación que se construyó entre los párrocos y médicos con las parteras y, de acuerdo a lo que expone y argumenta Dávalos, esta interrelación fue fundamental para el desplazamiento de la partería en favor de la obstetricia. Una de las investigaciones de corte histórico la cual se adentra en la primera mitad del siglo XX, específicamente entre 1931 y 1945, es la de Ana Cristina Rosado (2012). La autora

analiza la forma en la que el quehacer de las parteras se fue criminalizando, situación que se venía gestando desde siglos anteriores, sin embargo, atendiendo a la temporalidad que abarca el estudio, la imagen de la partera, particularmente en aquellos casos en los que la mujer o el recién nacido perdieron la vida, fue la de una mujer transgresora, razón por la cual llegaron a enfrentar distintos procesos judiciales.

Ana María Carrillo (1988) se centra en el análisis de la persistencia de la partería tradicional en México, en su investigación va tejiendo aspectos históricos con elementos derivados de la hegemonía biomédica, mismos que pueden ser identificados en los procesos de medicalización del parto, la generación de políticas públicas en torno a la partería, entre otros; asimismo, elabora una comparación entre la manera en la que una partera atiende el parto y la forma en la que es atendido en el ámbito hospitalario.

En otro artículo de la misma autora, el eje principal de la investigación se crea en torno al proceso de profesionalización de la partería, por esta razón, aunque se enfoca primordialmente en el siglo XIX, plantea un ágil recorrido a partir de las regulaciones que tuvieron un mayor impacto sobre su oficio, como es el caso de las normativas emitidas durante las Reformas Borbónicas. Como lo anuncia en el título del artículo, “Nacimiento y muerte de una profesión” (1999), el final del trabajo llega junto con la desaparición de la partería profesional en México como parte de un proyecto impulsado por el gobierno federal.

Resulta interesante recuperar estas investigaciones de corte histórico, ya que nos dan un panorama general de la forma en la que fue cambiando y se configuró la imagen de la partería, inclusive, aunque no sea mencionada la partería tradicional o indígena en algunas de las fuentes consultadas por las diversas autoras, este vacío nos puede aportar elementos que nos orientan sobre cómo en ocasiones la partería tradicional fue invisibilizada o marginada, situación que permite entender la dinámica que permanece hasta nuestros días.

Desde la mirada etnohistórica, podemos encontrar el trabajo de Nájera (2000), quien, en su investigación realizada en comunidades mayas, pretende dar cuenta de la supervivencia de fundamentos prehispánicos y cómo estos se conjuntan con elementos modernos que, a fin de cuentas, se sintetizan en los procesos de atención del ciclo reproductivo de los mayas contemporáneos.

En las investigaciones de corte antropológico, podemos encontrar diversos estudios en torno a la partería tradicional, sobre todo en contextos indígenas, cabe mencionar que este

es uno de los más explorados, pues es en donde se encuentran un mayor número de parteras tradicionales. En este sentido podemos enumerar tres principales ejes de investigación, el primero es el concerniente a los saberes y prácticas durante el ciclo reproductivo y el cuidado a los infantes, así como el rol e importancia que tiene la partera en su localidad, ya que siguen siendo vistas como personas de confianza y sabiduría, además cabe destacar que muchas de ellas también fungen como ritualistas, sobre todo, en lo relativo al nacimiento e incorporación del recién nacido y la madre a la sociedad, por lo tanto, su relevancia se extiende al ámbito simbólico, así como la reproducción y permanencia de los elementos culturales de la sociedad (Rita, 1991; Luengas, 1994; Fagetti, 2008; Iciek, 2008; Cordero, 2010; Salazar, 2012; Martínez, 2012, Álvarez, 2012).

El segundo eje en el que podemos englobar algunos estudios, son los análisis a nivel micro social sobre la relación entre las parteras tradicionales y la biomedicina, ya sea a partir de las tensiones que se generan debido a la diferencia en la adquisición del conocimiento, las políticas públicas en torno a la salud materna, los cursos de capacitación y certificación de las parteras y las relaciones interculturales entre parteras, usuarias y personal de salud (Gómez-García, 2017; Martínez Villarruel, 2016; Fagetti y Martínez Villarruel, 2020; Alarcón, *et. al.*, 2021; Güemez, s.f.). En este mismo sentido, quiero destacar que además de la antropología, otras disciplinas se han interesado en realizar estudios sobre partería, como trabajo social, enfermería, psicología y la gestión intercultural (Morales, 1993; Jiménez, 2013; Tamayo, 2016; Serrano, 2022).

Por otro lado, considero importante mencionar dentro de este apartado el artículo de Silvia Jiménez, Blanca Pelcastre y Juan Guillermo Figueroa, quienes describen las relaciones entre la biomedicina y las parteras tradicionales, y cómo éstas son subordinadas, sin embargo, señalan la forma en la que las especialistas tradicionales establecen algunas estrategias para seguir atendiendo a las mujeres, conservando algunas de las prácticas que consideran benéficas y además incorporando conocimientos biomédicos.

El tercer eje es el concerniente a las políticas públicas. Me parece pertinente señalar el trabajo de Hilda Argüello-Avenidaño y Ana Mateos-González (2014), quienes retoman el desarrollo histórico de las políticas públicas internacionales en torno a la partería, que da cuenta de la forma en la que la figura de la partera tradicional va desapareciendo del discurso de dichas políticas para dar paso a la partera profesional como parte del personal calificado

para la atención del parto; además de hacer énfasis en la forma en la que cada vez se medicaliza más el parto. Otras investigadoras, se han ocupado del análisis de las políticas nacionales e internacionales de salud materna, interculturalidad, derechos culturales, entre otros, en donde involucra la partería o bien, en los vacíos que estas políticas dejan y que finalmente se traducen en políticas deficientes que no protegen los derechos de las parteras y la salud materna de las mujeres, no sólo en el ámbito biológico, sino también social y cultural (Villanueva y Freyermuth, 2018; Sesia y Berrio, 2022; Sevilla, *et. al.*, 2023).

Es fundamental señalar, que dada la importancia que tienen las parteras para la salud materna e infantil, en los últimos años, se han publicado un par de libros en los cuales se aborda el tema de la partería desde diversas ópticas, ya sea de la investigación, la partería profesional, las organizaciones e las instituciones (Freyermuth 2017, 2018; Sánchez y Laako, 2018).

Finalmente, la revisión bibliográfica realizada ha arrojado escasas investigaciones sobre la partería tradicional en la Ciudad de México, entre las que destacan: Carrera, 2017, Gómez-Rugiero, 2017, Dietiker, 1998 y Kelly 1955. El primer texto contiene los resultados locales de una investigación mayor, titulada “La partería en México desde el punto de vista de las usuarias”. Este pequeño documento, resultado de entrevistas a varias mujeres usuarias de los servicios públicos y privados de salud, partería profesional y tradicional, permitió que a partir de los datos obtenidos se pudieran generar recomendaciones a las políticas públicas. La segunda investigación es un estudio construido a partir de la historia oral, en este se recuperan los relatos de las parteras, dando cuenta de sus conocimientos en torno al ciclo reproductivo y de sus vivencias en el ejercicio de su labor. Por otra parte, Dietiker se centra en la construcción de la identidad genérica de las parteras en el Distrito Federal, tomando como punto de partida lo que denomina como “hibridación de sus conocimientos” derivado de su condición como pobladoras de la ciudad. Finalmente, Isabel Kelly, aunque su trabajo no es únicamente sobre la Ciudad de México, toma como referencia dos espacios pertenecientes a la metrópoli, Tepepan y Xochimilco, en este documento, la autora plantea la importancia de tomar en cuenta el rol que tiene la partera en su comunidad para implementar los programas de capacitación y formación a parteras, además de sugerir que dichos programas no pueden ser elaborados de la misma manera para todo el territorio

mexicano, sino que se deben tomar en cuenta las condiciones específicas de cada lugar e irlos construyendo por zona.

Todas estas investigaciones constituyen distintos aportes al estudio del quehacer de las parteras, ya sea en ámbitos rurales o urbanos, no obstante, salvo el texto de Carrera (2017), la mayoría de éstas se han centrado en el punto de vista de las especialistas tradicionales, por lo que resulta importante retomar la perspectiva de las usuarias respecto a la partería. Asimismo, es esencial enfatizar lo señalado al principio del apartado, al respecto de que casi todos los estudios encontrados están situados en espacios indígenas y rurales, por lo que es importante voltear a ver a la partería tradicional en la Ciudad de México, la cual presenta otros retos teóricos para el análisis de las prácticas y saberes tradicionales en contextos urbanos.

Referentes Teóricos

En el apartado anterior abordé las diferentes aproximaciones en torno al tema de la partería, en esta sección quiero destacar las categorías que me permitieron hacer el análisis de la partería tradicional en la Ciudad de México, sin enfocarme únicamente en el proceso terapéutico, sino comprender la complejidad de las relaciones entre las usuarias y las parteras, y de éstas con la biomedicina, para de esta manera acercarme a las experiencias y representaciones de cada una de ellas y así entender la persistencia y la situación de la partería tradicional en la ciudad.

Representaciones y Experiencias

Como punto de partida, en la presente investigación se considera que el proceso de e/p/p constituye un momento crucial para los individuos, tanto en sus componentes físicos, así como en lo referente a lo social; este hecho, recurriendo a la perspectiva de Turner, puede ser denominado como un momento de crisis vital, el cual es definido en pocas palabras como “un punto importante en el desarrollo físico o social de un individuo, como pueden ser el nacimiento, la pubertad o la muerte” (1980, p. 8). Dada la importancia que conllevan estos tránsitos, para los individuos y las comunidades, es que se generan múltiples mecanismos

que procuran su desenvolvimiento de la mejor forma posible, entre los que se encuentran numerosas prácticas (como los rituales, ceremonias, entre otras), además de métodos como las representaciones sociales.

La noción de representación social tiene como antecedente la propuesta de Durkheim sobre las representaciones colectivas, la cual será retomada años más adelante por Moscovici para emplearla dentro de la psicología social (Mora, 2002, p. 6). Para Moscovici, la representación social es entendida como: “un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación” (1979, p. 18); la función de la representación, continuando con esta propuesta, es “la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos” (Moscovici, 1979. p. 17).

Para Denise Jodelet, una de las principales estudiosas de estos fenómenos, la representación social es una forma de conocimiento que pertenece a la categoría del sentido común, dicho conocimiento es construido y compartido socialmente. El objetivo de la representación es práctico, ya que funciona para ordenar la realidad y guiar las acciones en la vida práctica y cotidiana (2011, p. 134). Asimismo, la autora plantea que para el estudio de las representaciones sociales es importante tomar en cuenta los procesos de simbolización en donde se ordenan las representaciones, las condiciones en las que se produce dicho conocimiento y el análisis del contexto en que se produce, tomando en cuenta los factores sociales, económicos, culturales e históricos (Jodelet, 2000).

Los elementos antes mencionados le han permitido a la antropología trazar caminos en común con esta teoría, en particular mediante el uso de términos como “representación social”. Esta interacción entre ambas disciplinas generó un enriquecimiento teórico significativo al emplear postulados y técnicas que resultaban ser muy compatibles; dicho florecimiento ha sido de gran ayuda, en específico para la antropología médica, pues ha permitido profundizar en el análisis del proceso s/e/a. Derivado de estas interacciones, resulta posible encontrar otras definiciones como la de Rosa María Osorio, quien señala que la representación social refiere a un:

Conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valoraciones, a través de los cuales se vivencian y aprehenden los padecimientos, se toman decisiones y se ejecutan acciones que conllevan significados y sentidos particulares que tienen repercusiones concretas y específicas en la salud de los sujetos (2001, p. 15).

De esta forma se comprende que las representaciones no son estáticas, ni ordenan una única forma de pensar, sino que son la consecuencia de un proceso “de intercambio y de interacción a través del cual se va formando parte del sentido común de una sociedad” (Ortega, 2010, p. 47), y en ellas se condensan contenidos ideológico-culturales que están determinados históricamente (Barragán, 2005, p. 62).

En este sentido, parto de la noción de representación social para explicar las prácticas de los conjuntos sociales en torno al e/p/p y así dilucidar el papel actual que tiene la partería tradicional en la Ciudad de México, aquí debo destacar que dichas representaciones no se circunscriben únicamente a cada uno de los momentos del ciclo reproductivo, sino que también es importante conocer las representaciones respecto a la biomedicina y sobre las parteras.

Por tal motivo, considero importante resaltar la interacción entre parteras, usuarias y médicos, debido a que, a partir de dicha interacción entre los individuos, sus prácticas y representaciones, se influye en la permanencia y/o modificación de las de los otros, sobre todo de los subalternos, como es el caso de las parteras y usuarias frente a la biomedicina.

Resulta fundamental indagar la relación que se establece entre las experiencias con la configuración y reconfiguración de las representaciones sociales, en este sentido, Jodelet (2008) plantea que a pesar de que las representaciones son compartidas, es importante retornar al sujeto y sus experiencias –entre otros elementos cognitivos y emocionales– para comprender el proceso por el cual se apropian y construyen las representaciones.

La complejidad del estudio de las experiencias en temas antropológicos radica en el hecho de lograr distinguir los límites entre la persona y la sociedad, pues se corre el riesgo de caer en áreas pertenecientes a otras disciplinas como puede ser el caso del individuo en la psicología. La revisión teórica que realicé me permitió acercarme a la cuestión de la experiencia, me llevó por aspectos pedagógicos, sociológicos y de la antropología médica.

Un caso bastante significativo se encuentra en los postulados de Jorge Larrosa, pedagogo y filósofo, quien ha escrito diversos textos en torno a las experiencias en el ámbito de la educación, y que, pese a no estar dentro del área de la antropología, algunas de sus propuestas resultan útiles para abordar el tema que se desarrolla en el presente documento.

En primer lugar, se debe señalar que Larrosa apunta que la experiencia es “*eso que me pasa*” (2009, p. 14), a partir de esta breve frase, el autor profundiza en cada uno de los elementos que desde su perspectiva componen una experiencia. Comienza con los principios que rigen *eso*, los cuales son: 1) el principio de exterioridad, ya que para que haya una experiencia, debe aparecer algo o alguien que es exterior al sujeto; 2) principio de alteridad, lo que pasa tiene que ser algo diferente al sujeto; y 3) principio de alienación, ajeno al sujeto, no puede ser de su propiedad, ni tiene que estar previamente capturado por las palabras, ideas, sentimientos, entre otros, del sujeto (Larrosa, 2009, p. 14). Continúa con los principios del *me*: 1) principio de reflexividad, la experiencia es un movimiento de ida (exteriorización, salida del sujeto) y vuelta (acontecimiento que afecta al sujeto); 2) principio de subjetividad, el lugar de la experiencia es el sujeto, la experiencia siempre es de alguien y el sujeto debe dejar que algo le pase; 3) principio de transformación, el sujeto debe estar abierto a su propia transformación, es decir, la experiencia forma y transforma al sujeto (2009, pp. 15-17). Por último, la palabra *pasa* hace referencia en primer lugar a que el sujeto es un territorio de paso y en segundo lugar a que, al pasar, la experiencia deja una huella, marca o rastro en el sujeto.

Hasta este punto concuerdo con los principios que plantea Larrosa, sin embargo, la idea de experiencia que plantea es esencialmente subjetiva, ya que coloca al sujeto como un ser pasivo que deja que la experiencia suceda, en la cual no existen los elementos sociales y culturales que lo rodean y lo conforman, así como tampoco inciden en la experiencia que está viviendo:

No es nunca un sujeto genérico, o un sujeto posicional. No puede situarse «en tanto que», en tanto que profesor, o en tanto que intelectual, o en tanto que mujer, o en tanto que europeo, o en tanto que indígena, o en tanto que cualquier otra cosa que se les ocurra [...]. La posibilidad de la experiencia supone, entonces, la suspensión de cualquier posición genérica desde la que se habla, desde la que se piensa, desde la que se siente, desde la que se vive.

La posibilidad de la experiencia supone que el sujeto de la experiencia se mantenga, también él, en su propia alteridad constitutiva (2009, p. 32).

A mi parecer, en esta perspectiva, la experiencia queda descontextualizada de la realidad, pues, aunque es cierto que la subjetividad es un componente importante de las experiencias, no se pueden dejar de lado los elementos socioculturales que le dan forma o que de cierta manera justifican las experiencias que los sujetos están viviendo. En este sentido, el sociólogo François Dubet, retoma algunas de las propuestas de Max Weber y Alain Touraine y plantea el concepto de experiencia social como una herramienta para el análisis de lo que sucede entre el individuo y el sistema, es decir entre lo micro y macro (Aguirre, 2011, p. 22).

Dubet apunta que la experiencia es una actividad cognitiva por medio de la cual se construye lo real, se verifica y se experimenta, es una manera de construir el mundo (2010, p. 86). El autor ubica la experiencia social en la parte del individuo que no está totalmente socializada, indicando que: “La socialización no es total, no porque el individuo escape de lo social, sino porque su experiencia se inscribe en registros múltiples y no congruentes. Ahí se sostiene lo que se podría considerar la autonomía del individuo” (Dubet, 2010, p. 89). Por otro lado, estas experiencias sociales proceden de tres lógicas de acción que vinculan al actor con cada una de las dimensiones de un sistema. La tipología de esta lógica de acción, la cual está basada en la propuesta de Touraine⁹ es: 1) integración, el actor se define por sus pertenencias, las cuales busca mantener al amparo de la sociedad considerada como un sistema de integración; 2) estrategia, el actor intenta realizar la imagen que ha elaborado de sus intereses en una sociedad concebida como un mercado; y 3) subjetivación social, el actor se representa como un sujeto crítico confrontado con una sociedad definida como un sistema de producción y dominación (Dubet, 2010).

El autor refiere, que la importancia del análisis de las experiencias sociales, en conjunto con los individuos, radica en que a partir de estos podemos comprender mejor los hechos sociales. Para realizar dicho análisis, es necesario considerar tres operaciones intelectuales esenciales: 1) tipo analítico, consiste en describir y aislar las lógicas de acción

⁹ El autor refiere: Touraine, A. (1973). *Production de la société*. París, Éd. du Seuil [Trad. Cast.: *Producción de la sociedad*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1995]; (1978). *La Voix et le Regard*. París, Éd. du Seuil.

presentes en cada experiencia concreta; 2) comprensión de la manera en la que el actor combina y articula las diversas lógicas; y 3) “ascender” de la experiencia al sistema, lo que en otras palabras se traduce en entender las lógicas del sistema social a través de las cuales el actor las sintetiza y cataliza, ya sea de manera individual o colectiva (Dubet, 2010, p. 100).

Coincido con esta propuesta teórica pues, como he señalado, aunque Dubet también centra la experiencia en el actor, no deja de lado las lógicas de acción que estructuran dichas experiencias y las vincula con el sistema social, dicho de otra forma, no sitúa al sujeto como un ente pasivo, aislado y ajeno a lo social, sino como un actor inmerso en relaciones sociales, que si bien es moldeado por el aspecto social, también reconoce cierta “libertad” que le permite aprender, reflexionar y ser crítico ante el sistema en el que se desenvuelve.

Ahora bien, centrando la mirada desde la antropología médica, es posible decir que se ha retomado la idea de la experiencia particularmente para el análisis del padecimiento, el dolor y el sufrimiento, con la finalidad de comprender la forma en la que estos trastocan la vida del individuo y su relación con el entorno, aquí quiero resaltar el trabajo de Arthur y Joan Kleinman (1991) y el de Byron Good (2003). Estos autores, al igual que Dubet, parten de la idea de que la experiencia no es únicamente individual y subjetiva, reconocen que se experimentan las vivencias a partir del cuerpo, pero también la experiencia se comparte, se compone de elementos sociales y culturales, además de que terminan por generar modificaciones en las relaciones sociales del individuo y su entorno. Al respecto Kleinman señala: “Definimos la experiencia no como un fenómeno subjetivo –algo que una sola persona ‘tiene’– sino como un medio interpersonal compartido, comprometido y también mediador entre personas en un mundo local” (1991, p. 295).

Darle a la experiencia una carga únicamente subjetiva implica ciertas problemáticas para el desarrollo de estudios que comparen experiencias humanas específicas, pues se está limitando la experiencia a los “oscuros recovecos de la mente”, lo que la hace inasequible (Good, 2003, p. 217). En este sentido, se reconoce que existen momentos intrínsecos a la vida individual y colectiva, lo que Kleinman denomina “condiciones del ser humano”, por ejemplo: “nacimiento, cambio de ciclo de vida, desarrollo moral, muerte, duelo” (1991, p. 278), pero que la experiencia en cada uno de estos instantes está restringida por las “condiciones humanas”, situación que ejemplifica a través de la experiencia de un individuo con el sufrimiento (Kleinman, 1991, p. 278). No obstante, considero que las condiciones

humanas, más que restringir la experiencia, provocan que se viva o se experimente de una forma distinta.

De esta manera, haciendo un balance sobre algunas de las propuestas que se han presentado hasta este punto, es importante puntualizar que coincido con Larrosa en que la experiencia es algo exterior y diferente del sujeto, que deja una huella, lo cual le permite hacer un trabajo de aprendizaje, reflexión y crítica, para después dar paso a la transformación del sujeto. Sin embargo, el sujeto no es ajeno a los aspectos sociales y culturales que lo conforman, por lo que considero que al momento de vivir la experiencia, sí hay un posicionamiento desde la propia identidad y pertenencia, lo cual deriva en lo que Dubet denomina “estrategia”, pues el sujeto intenta que se cumplan las representaciones construidas, es en este momento en el que a partir de la experiencia dichas representaciones pueden reforzarse o modificarse; derivado de la confrontación de lo sucedido con lo imaginado, se entra en un proceso de subjetivación social, el cual permite al individuo reflexionar, ser crítico y aprender de la experiencia. Asimismo, no se debe olvidar que la experiencia es compartida, sobre todo al tratarse de un momento de gran importancia como lo es el proceso de e/p/p, mismo que se encuentra dentro de lo que Kleiman identifica como “las condiciones del ser humano”. En este caso, cada uno de los sujetos vive las experiencias de manera individual, lo cual no implica que no haya aspectos socioculturales que determinen las experiencias de cada individuo y su interacción con los miembros de otros conjuntos sociales.

Como se ha mencionado, las experiencias también están marcadas por las relaciones sociales, algunas de ellas derivadas de la condición de hegemonía y subalternidad, las cuales se expresan a nivel micro en las experiencias producidas a partir de las relaciones de poder que se establecen entre los especialistas –personal médico y parteras– y las mujeres, lo cual influye en la modificación de las representaciones y prácticas que cada uno de los actores tiene en torno al e/p/p. Por tal motivo, es fundamental insistir sobre el posicionamiento de la biomedicina, como saber médico hegemónico –lo que implica la subordinación de otros saberes en torno al e/p/p–, en la modificación de las experiencias y prácticas.

Hegemonía y Subalternidad en los Modelos Médicos

Es importante mencionar que el concepto “hegemonía”, es propuesto originalmente por Antonio Gramsci, sin embargo, retomo la reinterpretación de diversos antropólogos médicos que han adoptado dicho concepto para el análisis del proceso s/e/a. En primer lugar, Mendoza (2011) define la hegemonía como “el conjunto de operaciones ideológicas a través de las cuales se incorporan los sentidos sociales que tienden a reproducir puntual o globalmente el control económico, político y social de las clases, sectores de clase y grupos en el poder” (p. 23). Complementariamente la autora señala que el proceso de hegemonización, no necesariamente se produce a través de la violencia, ya que la clase dominante, por medio de la difusión de un estilo de vida y pensamiento, construye creencias, saberes y prácticas comunes a la mayoría de la población, de esta forma se adquieren los principios ideológicos de la clase en el poder y la adhesión de los subalternos se basa en el consenso (Mendoza, 2011, p. 23). En otras palabras, el consenso se produce a partir de la capacidad de la hegemonía para incorporar los intereses de la clase dominante, a través de que los sectores subalternos los identifiquen como propios y los asimilen en su dimensión social e histórica.

Una característica más que se debe señalar es que los grupos subalternos no realizan una reproducción idéntica de los modelos hegemónicos, sino que los reproducen, reinterpretan y dan significado según su contexto específico (Menéndez, 1981, citado en: Mendoza, 2011, p. 23). Al respecto de esto, Menéndez señala que:

Lo subalterno se modifica a través de su propio juego, es decir que a pesar que la imposición que la biomedicina realiza, las prácticas y representaciones populares también imponen y establecen sus bases y sobre ellas se transforman. Es decir opera un proceso de transacciones entre el saber popular y el biomédico (citado en: Mendoza, 2011, p. 23).

Este proceso transaccional es definido como un concepto que permite describir las articulaciones producidas a niveles conscientes, no conscientes e inconscientes, estas articulaciones operan en la relación entre dominantes y subalternos, en las cuales ya se

encuentran insertas las relaciones sociales, económicas e ideológicas, de las cuales se puede abstraer la estructura dominante en dichas relaciones (Menéndez, 1981, p. 376). A partir de estas relaciones transaccionales, dadas entre diversos actores, se sintetizan diferentes elementos similares, contradictorios y hasta conflictivos, como es el caso de los saberes en torno al e/p/p (Ortega, 2010, p. 40). Cabe destacar, que el proceso transaccional no sólo se observa en la apropiación y re-significación que los sujetos hacen de la hegemonía, ya que también la hegemonía tiene la capacidad de incorporar algunos elementos subalternos para mantener su dominio.

Centrándonos en la hegemonía médica, ésta ha sido estudiada exhaustivamente por Eduardo Menéndez (1992, 1994, 2003), la propuesta del autor se centra en el análisis de la interacción de estos saberes y define el concepto de modelo de atención como categoría analítica, entendida como “un instrumento metodológico que supone una construcción teórica con rasgos estructurales” (Mendoza, 2011, p. 30), derivado de esto, Menéndez (1992) elabora una lista de características estructurales que dan sustento y diferencian a cada uno de los modelos, clasificándolos como Modelo Médico Hegemónico –basado en los aspectos biológicos de la enfermedad y legitimado por criterios científicos y por el Estado, el cual subordina las prácticas, saberes e ideologías que se implementan en los diferentes conjuntos sociales–; Modelo Alternativo Subordinado –engloba diversas formas de atención, mismas que representan alternativas al modelo hegemónico, y, aunque son reconocidas, quedan subordinadas a éste (estas formas de atención no necesariamente cubren todos los mismos rasgos estructurales)–; y Modelo de Autoatención –en este la persona o personas cercanas llevan a cabo el diagnóstico y atención; es considerado el primer nivel de atención, además de que mediante este es posible acceder a los otros–.

El Modelo Médico Hegemónico, subordina a los otros modelos, sin embargo, esta subordinación no necesariamente implica la eliminación de los saberes subalternos, más bien habla de un proceso transaccional, mediante el cual hay una reapropiación de las prácticas y representaciones hegemónicas, puesto que, a pesar de la imposición del modelo médico hegemónico, los grupos lo incorporan con base en sus propias representaciones y prácticas. Del mismo modo, algunas veces se produce un proceso inverso, en el que la hegemonía se apropia de las representaciones y prácticas de los subalternos, adaptándolas desde su propia perspectiva.

Así como existen diversos modelos médicos, también me parece importante señalar que podemos encontrar diferentes sistemas médicos, los cuales refieran a “el conjunto de representaciones, conocimientos, recursos y prácticas, social e históricamente determinados, que conciernen a la interpretación de los estados de enfermedad y las acciones dirigidas a individualizarlas y enfrentarlas” (Lasala, 2003, p. 28). De esta forma, cada sistema médico tiene una forma particular de entender y explicar la enfermedad, así como también sus propias instituciones, especialistas y soluciones para hacerle frente; lo cual no quiere decir que sean estáticos, ya que presentan modificaciones, intercambios y articulaciones entre diversos sistemas, por ejemplo: la biomedicina es sumamente eficaz para el tratamiento de algunas enfermedades y emergencias médicas, así como la medicina tradicional sigue atendiendo padecimientos que se encuentran insertos en la cosmovisión de cada grupo social; al mismo tiempo, la atención integral brindada por los especialistas tradicionales difiere de la que ofrece un biomédico.

Estos sistemas médicos están en constante interacción, sobre todo a partir de los propios usuarios, que, en la búsqueda de restablecer la salud, suelen acudir a especialistas de diversos sistemas, en este sentido, se constituye, lo que Carlos Zolla denomina Sistema Real de Salud, el cual se puede entender como el “conjunto de respuestas sociales organizadas para hacer frente a la enfermedad, el accidente, el desequilibrio o la muerte”, en este sentido se identifican cuatro sistemas básicos: medicina académica, científica o moderna; medicina tradicional, popular o indígena; medicina doméstica o casera; medicinas alternativas o complementarias (Zolla y Sánchez, 2016, p. 186), la relación que existe entre estos sistemas, puede ser analizada a partir de la noción de modelo médico.

Por otra parte, la hegemonía y subalternidad, también se ve reflejada en las políticas públicas, claro ejemplo de ello son las relacionadas a la interculturalidad en salud, en este caso resulta necesario hacer un paréntesis para explicar de qué manera se está entendiendo la interculturalidad; en términos generales se puede plantear que el origen de este concepto se encuentra en el establecimiento de una relación entre grupos sociales, cada uno con diferencias derivadas de su respectiva cultura. Retomando a Walsh, se debe considerar la diferencia entre la interculturalidad funcional y la interculturalidad crítica, pero sobre todo tener claro que la primera fundamentalmente hace referencia a la manera en la que el Estado, a través de las políticas, establece relaciones interculturales que sólo le sirven para incorporar

a los diversos grupos sociales, pero que no “toca las causas de la asimetría y desigualdad sociales y culturales” (2009, p. 3), de esta forma podemos observar que la mayoría de las políticas interculturales se encuentran enmarcadas en la interculturalidad funcional. Por otro lado, la autora habla de la interculturalidad crítica y señala que “la diferencia se construye dentro de una estructura y matriz colonial de poder racializado y jerarquizado” por lo tanto “la interculturalidad se entiende como una herramienta, como un proceso y proyecto que se construye desde la gente[...] [que] requiere la transformación de las estructuras, instituciones y relaciones sociales, y la construcción de condiciones de estar, ser, pensar, conocer, aprender, sentir y vivir distintas” (Walsh, 2009, p. 4).

Se puede complementar lo anterior con la postura que Menéndez tiene sobre la interculturalidad, pues señala que las relaciones interculturales no se producen de manera armónica, ya que las diferencias que se mencionan van articuladas con los aspectos económicos y políticos, de tal forma que la pobreza y la desigualdad son parte fundamental de este tipo de relaciones (Menéndez, 2016). Coincido con los autores cuando indican la importancia de tomar en cuenta factores no sólo culturales, sino también los económicos y políticos que permean las relaciones interculturales, por lo que estoy de acuerdo en que debe haber cambios estructurales, sin embargo, eso no excluye que se elaboren propuestas y adecuaciones interculturales –siempre en colaboración con los implicados–, que permitan una atención con pertinencia cultural, para que gradualmente se generen relaciones más armónicas entre el personal de salud y los pacientes, ya que aunque éstos sean vistos como pequeños cambios que tal vez no modifican las estructuras, sí repercuten en el bienestar de la población.

Una vez hecha la aclaración sobre la interculturalidad funcional, logramos entender por qué, aunque las políticas intentan reconocer la importancia de la medicina tradicional, en la mayoría de los casos queda subordinada a la biomedicina (Peña, 2013), restándole importancia una vez más. A pesar de que constitucionalmente se reconoce a la medicina tradicional, se le encomienda su regulación a la Secretaría de Salud, lo cual implica el uso de los mismos parámetros normativos (biomédicos) para reglamentar los fundamentos, nociones y prácticas de otros sistemas médicos.

Medicalización del Parto

Derivado de la hegemonía médica y las diversas normativas en torno a la salud, las prácticas de las parteras cada vez se restringen más, pues se trata de una de las especialidades que tiene mayor cercanía con las actividades biomédicas. Lo anterior es claramente visible cuando entran a escena problemas de salud que preocupan a nivel mundial, como la urgencia por disminuir la mortalidad materna¹⁰, ya que se apela a la eficacia y rapidez de la biomedicina descartando otras formas de atención que resultan complementarias. De esta forma, un proceso que es natural se medicaliza (Conrad, 1992, p. 213), en palabras de Peter Conrad:

La medicalización consiste en la definición de un problema en términos médicos, usando lenguaje médico para describir un problema, adoptando un marco teórico médico para entender un problema, o usando una intervención médica para ‘tratarlo’. Esto es un proceso sociocultural que puede o no involucrar a la profesión médica, dirigir al control social médico o al tratamiento médico, o ser el resultado de la expansión internacional de la profesión médica (1992, p. 211).

En este punto cabe mencionar, que, aunque la máxima expresión de la medicalización del e/p/p se puede observar en el ámbito hospitalario, no excluye la apropiación –a partir de un proceso transaccional– que las parteras y usuarias hacen de las representaciones y prácticas biomédicas, situación que deriva en manifestaciones sutiles de la medicalización. En el otro extremo, cuando hay un uso desmedido podemos hablar de hiper-medicalización, en este sentido, resulta que la expansión de los servicios de salud en el contexto urbano influye en la hiper-medicalización del parto, lo cual no quiere decir que no exista en zonas indígenas y/o rurales, más bien no se presenta al mismo grado.

¹⁰ Por ejemplo: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial el objetivo 5, el cual plantea reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Posteriormente, esta meta fue retomada para los Objetivos del Desarrollo Sostenible, la cual pretende que para el 2030 la tasa mundial de mortalidad materna sea reducida a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos.

Campiglia señala que “la híper-medicalización es una manifestación de violencia que pasa mayormente inadvertida pues se la legitima por medio del saber médico” (2017, p. 113). De este aspecto se desprende el concepto de violencia obstétrica, el cual, es una forma de violencia contra las mujeres que se genera en el ámbito de la atención del e/p/p en los servicios de salud, ya sean públicos o privados. Este tipo de violencia implica cualquier acción u omisión por parte del Sistema Nacional de Salud que provoque un daño físico y/o psicológico, la violencia obstétrica puede ser manifestada en la falta de acceso a los servicios de salud, el maltrato, el abuso de la medicalización y negándole a las mujeres la capacidad de decidir de manera libre e informada (Gire, 2015, p. 12). Según Mercedes Campiglia, “no es otra cosa que una modalidad más de violencia de género pues parte de la premisa de que la mujer es un objeto del que resulta legítimo disponer” (Campiglia, 2017, p. 260), sin embargo, también apunta que la violencia que ejerce el personal médico sobre las mujeres, es debido a que también son violentados sistemáticamente, por lo que se trata de un problema estructural en donde están involucrados prejuicios sociales, intereses políticos, económicos, condicionamientos institucionales, entre otros (Campiglia, 2017, pp. 265-266).

Asimismo, es importante señalar que desde la profesionalización de la gineco-obstetricia y el desplazamiento de la partería –ya sea tradicional o profesional–, la atención al parto ha sido un evento que, de ser atendido por mujeres, cambió a ser atendido predominantemente por varones, situación que también marcó la manera de concebir y atender el nacimiento¹¹.

De manera general estos son los autores y categorías que propongo para el análisis de la partería en la Ciudad de México; estos conceptos no sólo aparecerán en el capítulo etnográfico, sino que estarán presentes a lo largo de todo el texto, pues desde el apartado histórico y el normativo podemos vislumbrar la forma en la que permean la situación de la partería tradicional.

¹¹ Este tema será retomado en el apartado histórico, capítulo 2

Capítulo 2. Antecedentes Históricos y Normativos de la Partería Tradicional

Para comprender de mejor manera la situación actual de la partería tradicional en México es importante contextualizarla de manera histórica y normativa. En primer lugar, el devenir histórico nos orientará sobre los diversos procesos por los que ha transitado la partería y cómo éstos han derivado en la forma en la que hoy se ejerce, sobre todo en la Ciudad de México. En segundo lugar, las recomendaciones y políticas en torno a la partería, elaboradas a nivel internacional, nacional y estatal, son las que norman el quehacer de las parteras en la actualidad. En este sentido, cabe señalar que dichas normativas fueron diseñadas para ser implementadas principalmente en espacios rurales, por lo que es significativo reflexionar si ha habido alguna adecuación para ejercerlas en un entorno urbano, empezando por el hecho de que, en la práctica, el concepto “partera tradicional” no necesariamente se ajusta a los parámetros establecidos por las políticas públicas, lo cual deriva en limitantes para las parteras urbanas, ya que por un lado no se circunscriben a la idea de partera o partería tradicional planteada por los organismos oficiales; y por el otro, tampoco tienen formación profesional.

La Partería en Perspectiva Histórica

La partería, como mecanismo de atención, ha existido y se ha diversificado conforme a las diferentes sociedades humanas. Al tratarse de una labor profundamente vinculada con la subsistencia, ha experimentado numerosas transformaciones desde que fue identificada como una actividad de relevancia para la sociedad, mismas que han incluido, como es posible imaginar, diversas regulaciones y limitantes en torno a la forma en que se debían realizar estas prácticas.

Partiendo del postulado de que la partería es un saber que ha acompañado a la humanidad a lo largo de su desarrollo, en las siguientes páginas se propone un recorrido en torno a diversos abordajes que se han realizado sobre esta actividad, comenzando con algunas referencias sobre la medicina prehispánica hasta llegar a la época contemporánea. Cabe señalar que lo presentado no constituye un recuento ni un análisis exhaustivo, pues se han hecho una gran cantidad de investigaciones que abordan de forma más puntual cada una de

las etapas presentadas, sin embargo, en algunas ocasiones se remitirá a los lectores a bibliografía que considero puede ser de interés, misma que, dado los límites del presente escrito, no puede ser abordada en toda su amplitud.

El principal motivo de realizar este recorrido se fundamenta en mostrar ciertas continuidades, así como transformaciones, que han tenido lugar en torno a la labor de las parteras; otro de los objetivos que se pretende desarrollar se centra en evidenciar las alteraciones que han ocurrido alrededor de la imagen de estas especialistas, en otras palabras, se busca dar cuenta de los cambios que se han generado sobre las perspectivas que la sociedad tiene y desarrolla acerca de esta labor y de sus especialistas, en distintos momentos de la historia.

El último punto resulta bastante llamativo al relacionar dicha actividad con el ascenso del cientificismo, y de la medicina biomédica, como motores de cambio en torno a la interacción entre sistemas médicos. Este hecho no implica que no se haya dado con anterioridad, situación que se mostrará páginas adelante; sino que, a partir del ascenso de la biomedicina como MMH, la disparidad en las interacciones, así como las regulaciones, contarán con un impulso mucho mayor, situación que permitirá implantar y propagar de forma más contundente en la vida cotidiana de la población un cierto tipo de discurso, mismo que genera diversos cambios relacionados a la percepción que se tiene sobre la atención a la salud, además de que estas transformaciones generalmente se presentarán en detrimento de las medicinas alternativas y de los especialistas tradicionales.

Primeros Acercamientos. Partería Prehispánica

Atendiendo a la idea de que la partería, o en su más grande acepción, el cuidado a la salud, se nutre y diversifica con saberes que han acompañado a la humanidad a lo largo de su desarrollo, muchos de los trabajos que abordan este fenómeno en el actual territorio mexicano parten de la medicina prehispánica para dar cuenta de las formas de cuidado como un proceso de larga duración; en buena medida, esto se fundamenta en que la cultura popular, particularmente la tradición médica, contiene diversos elementos que pueden ser identificados en las culturas americanas prehispánicas. Con esta idea en mente, es usual que se recurra a las crónicas y tratados que se generaron durante las primeras décadas posteriores

a la conquista para hablar sobre diversos métodos de atención y cuidado, así como sobre las dinámicas y roles que cumplían los especialistas y los pacientes en los procesos de procuración de la salud.

Una de las primeras fuentes a la que se recurre para hablar sobre este tema es el *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*, manuscrito mejor conocido como Códice de la Cruz-Badiano. De forma rápida se puede referir que este texto, elaborado en 1552, “pretendía comunicar la riqueza de la naturaleza mexicana en remedios medicinales y hacerla comprensible al lector europeo” (Pardo-Tomás, 2018, p. 92); el fundamento detrás de la elaboración de este manuscrito era la obtención de privilegios para el tráfico comercial de plantas medicinales, así como de productos asiáticos que habían sido introducidos y cultivados exitosamente en el Nuevo Mundo, caso puntual de la raíz de China y del jengibre.

La idea de esta empresa corrió a cargo de Francisco de Mendoza –hijo del primer virrey de Nueva España, ahora encargado del virreinato del Perú–, quien se disponía a viajar a la corte para negociar los intereses de su familia; en este sentido, el *Libellus* formaría parte de la estrategia de los Mendoza para conseguir el favor Imperial, pues, aparte de ser un ejemplo de la capacidad de los indígenas y en particular de los colegiales de Santa Cruz de Santiago Tlatelolco, contenía una amplia variedad de plantas con propiedades medicinales capaces de ser explotadas al otro lado del Atlántico (Pardo-Tomás, 2018, pp. 91-92).

En buena medida se puede decir que, así como lo expresó Somolinos D’Ardois, se trata de “una curiosidad más de las muchas que cada día llegaban de América [...], una preciosidad exótica y no un libro de estudio [...], [donde se admiran] en sus páginas más la factura artística que el contenido terapéutico” (1996, p. 168). Su argumento se basa en que la falta de utilidad inmediata fue precisamente lo que permitió que se mantuviera de forma casi intacta pese al tiempo y los numerosos propietarios que llegó a tener, además de que la mayor parte de las plantas mencionadas en el códice son de carácter local.

En términos de contenido, el capítulo undécimo y el doceavo son aquellos donde podemos encontrar una mayor cantidad de información específica sobre la atención de la salud materna e infantil. Sobresale en este sentido el uso de diversos elementos que van desde piedras y minerales (*eztetl*¹²; oro molido; etc.), materiales de origen animal (excremento y

¹² Según lo que aparece en el Apéndice B del códice, el cual fue elaborado por el sacerdote Ángel María Garibay Kintana, el sentido etimológico de este elemento sería “Piedra sangre” (*eztli-tetl*), y se refiere a un tipo de

alas de águila; piel de venado; pelos de mono; cola de *tlacuatzin*¹³; huesos humanos; entre otros), así como distintos recursos botánicos.

De entre las plantas mencionadas en ambos capítulos es posible identificar al menos cuarenta y un especímenes distintos¹⁴, mismos que van desde musgos (*teamoxtli*¹⁵), pasando por una gran cantidad de hierbas (*cihuapahtli*¹⁶; *xiuhpahtli*¹⁷; *xiuhehecapahtli*¹⁸; etc.) y flores (*huitzitzilxochitl*¹⁹), hasta llegar a los árboles (*cuauhalahuac*²⁰). En cada caso mencionado se describe el uso de distintas partes de la planta en cuestión, lo que incluye las raíces, hojas, cortezas o semillas.

Una advertencia que se debe hacer al respecto de la botánica, en especial para aquellos interesados en la identificación de las plantas mencionadas, es que aunque el nombre indígena puede ayudar a determinar la especie, en muchas ocasiones ha desaparecido de la literatura, o ha cambiado de denominación, situación que incluye nuevas denominaciones en español; a su vez, el uso de nombre vulgares para su identificación puede generar diversos conflictos pues en ocasiones un mismo nombre popular sirve para designar a plantas de géneros y familias distintas. Otro elemento que debe ser tomado en cuenta es que la traducción original que se hizo del texto en latín, obra de Ángel Ma. Garibay, supone diversas ambigüedades por tratarse de una transcripción literal; un ejemplo interesante de este fenómeno es el caso del trigo como parte de los remedios que se emplean, en particular para la *Medicina lactógena* [F. 60r], pues el mismo Garibay reconoce que hubiera sido conveniente traducir la palabra en cuestión por *maíz* –como está plasmado en la versión inglesa de 1940–, pero se optó por una palabra castellana para la descripción genérica de cereales; esta situación no es menor pues también podría suponer una rápida incorporación

mineral. Los nahuatlismos relativos al Códice de la Cruz-Badiano que aparezcan en adelante serán explicados a partir de la información de dicho apéndice a menos que se indique lo contrario.

¹³ Refiere a un tlacuache (*tlacuatl*), mamífero marsupial de México, sólo que el vocablo incluye un reverencial (*tlacuatl-tzin*).

¹⁴ Ver la Relación de Plantas Concernientes al e/p/p en el Códice de la Cruz-Badiano, en el anexo 1.

¹⁵ Musgo de la piedra (*tetl-amoxtli*).

¹⁶ Medicina de la mujer (*cihuatl-pahtli*). En el caso del glosario que prepararon Alfredo López Austin y Josefina García Quintana para la obra de Sahagún (2002), escriben: “CIHUAPATLI. ‘Medicina de la mujer’. Planta medicinal que acelera el parto y provoca el aborto. *Montanoa tomentosa*. Así es llamada también la planta *Eupatorium odoratum*” (p. 1256).

¹⁷ Medicina verde (*xiuhtic-pahtli*).

¹⁸ Medicina del aire verde (*xiuhtic-ehecatli-pahtli*).

¹⁹ Flor del colibrí (*huitzitzilin-xochitl*).

²⁰ Árbol resbaloso (*cuahuitl-alahuac*).

de elementos botánicos europeos en la terapéutica indígena, además cabe mencionar que no se trata de un ejemplo único pues lo mismo ocurre con el caso de las cebollas en la sección *Remedio para la parturienta* [F. 57v] (Garibay, 1996, p. 11; Valdés *et. al.*, 1992, pp. 130-131).

Es importante recalcar el hecho de que, como se mencionó al inicio de este apartado, en la Medicina Tradicional Mexicana contemporánea es posible identificar el uso de recursos botánicos que son descritos en diversas fuentes históricas, como es el caso del *Libellus*. Algunos ejemplos de este fenómeno son el uso de *cihuapahtli* –referido también como *zoapatle* –, como ingrediente útil para ayudar a las mujeres durante el alumbramiento, ya que favorece las contracciones, en ese mismo sentido también es utilizado como método abortivo. Otro ejemplo que ha perdurado en los saberes populares es el consumo de pulque como medio para favorecer la producción de leche materna, si bien en el código se habla del uso de hierbas medicinales complementarias para este tratamiento, el pulque sigue siendo el mecanismo privilegiado para su tratamiento pues, como aparece en el apartado mencionado [F. 60r], las hierbas se muelen en pulque y este brebaje se toma con regularidad.

La fuente por excelencia de este tipo de abordajes se encuentra en la obra del fraile franciscano Bernardino de Sahagún, quien dedicará buena parte de sus escritos a la recopilación de información sobre las costumbres sociales y culturales de los habitantes originarios de los valles centrales de México. Sin duda, toda la información contenida en sus escritos resulta de un valor inestimable pues, según la opinión de Germán Somolinos D'Ardois, “es en este autor donde podemos rastrear los materiales más valiosos y útiles para llegar a conocer el mecanismo práctico de los médicos que ejercieron su profesión en épocas precortesianas” (1978, p. 60).

Adentrándonos en los escritos de Sahagún, haciendo referencia particularmente a su *Historia general de las cosas de la Nueva España*, es importante mencionar que se trata de una obra que fue elaborada a lo largo de muchos años, en la que se recopilan testimonios de diversos informantes indígenas, por lo que el contenido retrata de forma inigualable diversos aspectos de las costumbres, tradiciones, creencias y saberes de los antiguos nahuas, o cuando menos, sobre aquellos conocimientos que se practicaron en el último periodo prehispánico así como en las primeras décadas de dominio colonial.

Entrando de lleno a la temática que nos compete, son múltiples los apartados en los que se da cuenta de las prácticas y métodos utilizados para garantizar la salud y buena fortuna tanto de las madres como de los infantes, mismos que implican cuestiones propiciatorias, de integración social, así como de cuidado y protección; sin embargo, se debe puntualizar el hecho de que las actividades propiciatorias no se limitan a las cuestiones individuales, es decir, en ciertos momentos lo que está en juego es la continuidad de la sociedad misma.

En este sentido, hablando concretamente de la labor de las parteras, de entre las primeras menciones que se hacen sobre sus actividades destaca aquella en la que participan dentro de la fiesta de *ochpaniztli*²¹; de forma rápida se puede mencionar que ellas son las encargadas de acompañar a la mujer que sería sacrificada en el marco de esta celebración, de manera tal que su participación no es un caso menor pues se encuentran en el centro de un proceso ritual de gran importancia para la sociedad, ya que dicha celebración marcaba el principio de las siembras, además de que se trataba de una fiesta de renovación²².

El Libro VI es el que contiene la mayor parte de los datos que son relevantes para el presente apartado pues, según palabras de López Austin y García Quintana en el Estudio introductorio a la dicha obra de Sahagún, este libro “cala más profundamente en el pensamiento de los antiguos nahuas” (2002, p. 47). De los diversos capítulos que integran el libro en cuestión, a partir del número XXIII es posible comenzar a ver algunas de las actividades en las que participaba la *ticitl*,²³ en este caso en particular se refiere a la forma en que se realizan los casamientos, y a partir de los mismos, en los subsecuentes capítulos, los consejos que las parteras dan a las embarazadas, los discursos que se dedican a los infantes, así como la descripción de procesos rituales como el baño de los recién nacidos, o las

²¹ En el glosario se lee: “OCHPANIZTLI. ‘Barrimiento’. Decimoprimer mes del año, dedicado a Teteuinnan o Toci. Según Sahagún, del 21 de agosto al 9 de septiembre” (Sahagún, 2002, p. 1300).

²² Para ver con mayor detalle la información descrita se puede leer el *Libro II* de la obra de Sahagún, este libro en particular trata de las fiestas y ceremonias religiosas, a decir de los autores del estudio introductorio, se trata de “una de las partes más desarrolladas de la obra, posiblemente por la esperanza del franciscano de apoyar la labor evangélica en la contraposición de los sacrificios humanos” (Sahagún, 2002, p. 46). Otra lectura que puede ser consultada es el artículo “Ochpaniztli. La fiesta de las siembras de los antiguos mexicanos” de Michel Graulich, en la revista *Arqueología mexicana* núm. 91.

²³ El término *ticitl* o *titici*, singular y plural respectivamente, tienen tres acepciones: 1) médico, 2) partera, y 3) ancianas casamenteras, posiblemente médicas (Sahagún, 2002, p. 1323). Siguiendo la descripción de Sahagún, y cotejando la información con algunas etnografías contemporáneas —técnica que López Austin sugiere debe ser realizada con cuidado y evitando generalizaciones (2004, p. 31-38)—, es posible sugerir, que el papel de las casamenteras podría ser realizado también por parteras, labor que no sería exclusiva de su competencia, pero que demostraría la amplia gama de posibilidades en las que pueden haber participado.

oraciones que se dedicaban a las deidades protectoras, además de lo que ocurría en caso del fallecimiento de la madre o del feto. Debido a la amplia extensión de estas temáticas, aunada a los intereses del presente apartado y de la tesis en general, me limitaré a retomar sólo algunos de los puntos expuestos en la obra.

Un caso llamativo no sólo por la labor ritual que desempeñan las parteras –como en la celebración antes mencionada–, sino por las referencias que se hacen sobre el vínculo que tienen los recién nacidos con las divinidades, es narrado en el Capítulo XXXII; en esta sección en particular Sahagún describe el proceso que realiza la partera para lavar a los neonatos²⁴, la trascendencia de esta actividad se centra en que no se trata únicamente de un baño o limpieza superficial, es decir, mediante este acto la partera funge como intermediaria con diversas divinidades femeninas para el bienestar del infante, su intervención sucede a través de la ejecución de una serie de rezos y ruegos, en los que se deja entrever la necesidad de esta actividad para el futuro del recién nacido:

Tened por bien, señora, y limpie toda la suciedad que en ella [el agua con que se lavó al infante] hay. Tened por bien, señora, que sea purificado y limpiado su corazón y su vida, para que viva pacíficamente y aseadamente en este mundo. Lleve el agua toda la suciedad que en ella está, porque esta criatura se dexa en vuestras manos, que sois Chalchiuhcítuatl y Chalchihuitlicue y Chalchiuhtlatónac²⁵, que sois madre y hermana de los dioses (Sahagún, 2002, pp. 621-622).

Para enfatizar lo expuesto hasta el momento, quisiera enfocar la mirada en el Capítulo XXXIII, cuyo encabezado anuncia de gran forma los intereses detrás de su elección: “Del razonamiento que hacía la partera a la recién parida, y de las gracias que los parientes de la parida hacían...”. Desde los primeros párrafos de este apartado es muy notoria la manera en

²⁴ En otro escrito abordé con mayor profundidad un ritual de semejantes características (ver: Martínez Villarruel, 2012), si bien se trata de una etnografía contemporánea entre un pueblo distinto –tononacas de la costa–, cabe señalar las múltiples semejanzas que existen entre ambos procesos rituales, lo que de una u otra manera plantea la importancia que tiene esta actividad para el bienestar de los infantes.

²⁵ Las deidades mencionadas aparecen en el glosario como nombres de *Chalchihuitlicue*, diosa del agua (Sahagún, 2002, p. 1268).

que se entretujan los vínculos familiares con el proceso de alumbramiento, elemento que queda velado en el diálogo que sostienen la familia y la partera:

- Señora e hija muy amada, y persona muy preciosa, prósperamente habéis obrado. Habéis ayudado a la señora Cihuacóatl y Quilaztli. Todos estamos muy contentos y gozosos porque ha venido a luz. Ha salido el mundo la criatura de nuestro señor, que ya ha muchos días que estamos esperando que nuestro señor nos la diese.
- [Responde la partera] Bien he visto el trabajo que habéis tenido todos estos días pasados, que ni habéis dormido ni reposado, esperando con mucha angustia el suceso del parto y lo que nuestra madre y señora Cihuacóatl Quilaztli haría en este negocio. Ansimismo esperábades con angustia y trabajo cómo se esforzaría, cómo se haría varonilmente vuestra hija tiernamente amada. Esperábades con mucha angustia cómo saldría y cómo echaría fuera lo que tenía en el vientre, cosa muy pesada y cosa muy lastimosa, y aun cosa mortal (Sahagún, 2002, pp. 624-625).

En las líneas siguientes las palabras de la partera se dedican a la figura del infante, sobre todo por su fragilidad y lo incierto de su futuro, razón por la cual se le insiste a la familia que deben realizar oraciones y manifestar su agradecimiento, llorando con devoción, para que el infante logre tener una larga y próspera vida, para lo cual, también debían evitar ser presuntuosos o altivos, porque, en caso contrario, también se les podría privar de aquello que se les había entregado. Posteriormente al alumbramiento, se narra en los dos capítulos siguientes que, tanto los amigos como los parientes de los padres acuden a visitar a la madre y al recién nacido; este proceso dura alrededor de entre diez y veinte días, sin ser un número definido, pero durante los cuales se cumple con ciertas dinámicas que incluyen saludar al niño (a modo de presentación social), así como el desearle buena fortuna a él y a su familia pues, como se plantea brevemente en el párrafo anterior, se le tenía que hacer frente a la fragilidad de los infantes. Algo de que no se ha mencionado, pero que es de significativa importancia, son los obsequios que se entregan a los padres a lo largo de este periodo de saludos, según palabras de Sahagún (2002):

Cuando los que son saludados son principales, y señores los que saludan, danlos presentes de mantas ricas; y si la criatura es hembra, dan na [*sic*] naoas y huipiles, hasta veinte o cuarenta. Y esto llaman *ixquémitl*, que quiere decir “ropa para envolver al niño”. Entre los que no son señores, sino gente honrada o rica, llevan una ma[n]ta y un *maxtli*, o unas naoas y un *huipilli* si es hembra la que nació. Y los que son de baxa suerte usan hacer esta salutación presentando comida y bebida (pp. 640-641).

La relevancia de haber retomado unos cuantos extractos de la obra se fundamenta en que, a través de los pequeños gestos que ocurren en la cotidianidad en torno al parto y puerperio, se da cuenta de un fenómeno con gran significado para la población, en el que se conjugan tanto relaciones sociales, prácticas de atención y procuración a la salud, así como la generación y mantenimiento de vínculos afectivos y de afinidad. En los diversos pasajes descritos, la participación de la partera juega distintos roles, pero, indisolublemente, se encuentra presente a lo largo de los elementos descritos.

Al respecto de este punto, enfatizando los elementos derivados del respaldo y apoyo del grupo social, Somolinos comenta que:

La mujer parturienta encontró siempre en ese trance la solidaridad y asistencia de otras mujeres de su tribu. El hecho, repetido continuamente, permitió obtener conocimientos empíricos muy extensos, sobre la manera de conducirse durante el acto, y su frecuencia, en grupos tan populosos como los reunidos en las enormes metrópolis prehispánicas, obligó a crear un cuerpo de especialistas, —mujeres casi exclusivamente—, que con el transcurso del tiempo, amplían su función pasando del simple acto obstétrico al cuidado prenatal, e incluso, en ciertos casos actúan como consejeros familiares y matrimoniales (1978, p. 79).

Este último punto, la participación casi exclusiva de las mujeres en las labores de la partería, constituye un elemento que no debe perderse de vista, en especial conforme nos acercamos al periodo de expansión de la biomedicina.

La Monarquía Hispánica

Para abordar la regulación de la partería en la Nueva España, es necesario iniciar hablando de la Monarquía Hispánica por dos razones esenciales, en primer lugar, muchas de las normativas que comenzaron a desarrollarse e implementarse en los territorios americanos, así como los pertenecientes a otras latitudes, tienen sus antecedentes en las instituciones que se implantaron en la península ibérica; el otro punto, derivado de las propias condiciones de los nuevos territorios, responde a los modos en que se adecuaron dichas instituciones europeas a una realidad muy distinta de la que conocían, esto en la medida en que el territorio no sólo era diverso en términos de extensión y geografía, sino que también lo era en el aspecto sociocultural.

En este sentido, es importante mencionar que, a partir de la proclamación de Isabel I como reina de Castilla, en conjunto con su matrimonio con Fernando de Aragón, comenzarán a desarrollarse diversas políticas que tendrán múltiples repercusiones, primero en la península ibérica, mismas que con el paso de los años llegarán a una gran cantidad de territorios en conjunto con la expansión de la monarquía hispana.

Al inicio de este periodo, la península ibérica se encontraba dividida en diversos reinos, los cuales se encontraban en gran desorganización, esta situación era debido principalmente a políticas territoriales medievales, además de que se transitaba por la fase final de la reconquista cristiana en contra de los moros. En un escenario tan adverso, los Reyes Católicos implementaron una serie de regulaciones que estaban encaminadas a generar una unidad política, además de que pretendían reformar a la Iglesia. De esta forma, el proyecto de una “España homogénea”, empleando el factor religioso, así como la unificación por medio del lenguaje, tendrán fines claramente políticos (Véliz, 2011, p. 43, 55-58; Garrido, 2013, p. 34; Greenleaf, 2017, p. 12).

Esta serie de regulaciones incluyeron la implantación y reforzamiento de diversas instituciones que se encargaron de dar soporte al proyecto unificador de los Reyes Católicos. Una muestra clara de este proceso se encuentra en la llegada del Tribunal del Santo Oficio a Castilla, hacia 1478, por petición expresa de Isabel y Fernando; según palabras de Véliz, el Renacimiento “había transformado la antigua Inquisición italiana en una institución lánguida,

impotente y casi moribunda. Pero potencialmente era un formidable instrumento [...] si se la ponía en manos de preladados y funcionarios decididos a darle buen uso” (2011, p. 59).

Para el caso de la medicina y sus diversos especialistas, la vigilancia de sus actividades recayó en el Protomedicato²⁶; cabe señalar que la función de reglamentar la medicina, así como otros problemas de salud pública, había sido cumplida por personas designadas para realizar estas actividades desde el Imperio Romano. Para el caso de España, comienzan a ser referidas ciertas normativas desde el reinado de Alfonso X de Castilla “El sabio” (1285-1291), de tal forma que, a decir de John Tate Lanning, este proceso permitirá identificar a lo largo del siglo XV todos los elementos del Real Protomedicato en España. En este sentido, continúa el autor, la legislación en materia médica se incrementa en volumen, vitalidad y abstracción en momentos de administración crítica, como fue el caso del reinado de Felipe II o de los Reyes Católicos (1997, p. 25-27).

Entrando en el tema que nos interesa, es a partir de una serie de pragmáticas²⁷ —cuyo origen se remonta al 30 de marzo de 1477, complementada con otras dos en 1491 y 1498—, comienza a definirse de forma más concreta las atribuciones del Protomedicato. De manera específica, la primera ley que contenían dichas pragmáticas plantea no solo la autoridad de los protomédicos en los territorios que en ese momento pertenecían a la Corona castellana, sino que también habla sobre su jurisdicción en futuras anexiones territoriales, además de que plantea la necesidad de realizar diversas evaluaciones para aquellos que se dedicaban a actividades relativas a la salud:

Mandamos, que los Proto-Medicos, y Alcaldes Examinadores mayores, que de Nos tuvieren poder, lo sean en todos nuestros Reynos, y Señoríos, que

²⁶ A decir de John Jay TePaske, editor de la obra póstuma de Lanning y quien escribió uno de los prefacios, “El Protomedicato fue un tribunal generalmente compuesto por tres protomédicos o inspectores médicos autorizados, designados por el rey para examinar y autorizar médicos, cirujanos, flebotomianos, etcétera, y para desempeñar otras tareas administrativas, judiciales y científicas. El primer Protomedicato en las Indias fue fundado en 1646, en Lima y en la ciudad de México” (Lanning, 1997, p. 7). Sin embargo, hay que corregir este dato pues en investigaciones más recientes se plantea el hecho de que el Protomedicato, como tribunal, fue constituido en 1628 (Ortiz Monasterio, 2004), esta nueva fecha, aunque no es del todo confirmada por otros investigadores, es más cercana al periodo que se plantea como posible año de instauración; al respecto, uno de los investigadores comenta que “De momento no se conoce la fecha exacta de la fundación del tribunal, pero se puede asegurar que para 1629 éste ya se hallaba funcionando” (Martínez Hernández, 2018, p. 1820).

²⁷ La pragmática puede ser definida de forma práctica como una disposición general con el valor de una Ley.

agora son, ò fueren de aquí en adelante, para examinar los Físicos, y Cirujanos, y ensalmadores, y Boticarios, y Especieros, y Hervolarios, y otras personas, que en todo ò en parte usaren de estos Oficios, y en Oficios à ellos, y à cada uno de ellos anexo, y connexo, ansi hombres, como mugeres, de cualquier ley, estado, prehemencia, y dignidad que sean; para que si los hallaren idoneos, y pertenecientes, les dèn Cartas de examen, y aprobación, y licencia para que usen de los dichos Oficios libre, y desembargadamente, sin pena, ni calumnia alguna; y que los que hallaren que no son tales para poder usar de los dichos Oficios, ò de alguno de ellos, los manden, y defiendan, que no usen de ellos (Muñoz, 1751, pp. 40-41).

El documento en cuestión, obra del protomédico Miguel Eugenio Muñoz, continúa mencionando páginas adelante las multas que se establecen por ejercer sin autorización; por no ser aptos en su oficio; por el uso, alteración o resguardo inadecuado de los materiales que empleaban en sus actividades; ello además de establecer las cuotas que se debían de cubrir para presentar los respectivos exámenes. Cabe señalar, así como aparece en la Advertencia del libro, que este texto es concebido originalmente como un alegato sobre la legitimidad de la jurisdicción y facultades del tribunal, en parte derivado de lo que menciona como “pleytos suscitados en estos ultimos años”. En este sentido, según lo que comenta Gerardo Martínez Hernández, el trabajo de Muñoz es la primera obra que trató sobre la historia de este tribunal (2014, pp. 45), por lo que no es casual que surgiera a los pocos años de la implementación de las Reforma Borbónicas.

El proyecto original que habían planteado los Reyes Católicos no prosperó durante mucho tiempo pues, en 1567, de la mano de Felipe II, se abolieron los exámenes “Porque nos fue hecha relación, que los nuestros Protomedicos hacian muchos excessos en examinar à personas inhabiles, y en llevar penas à Especieros, y Parteras, y Ensalmaderas, y otras personas” (Muñoz, 1751, pp. 109-110). Derivado de estas quejas, y buscando remediar los males que habían provocado los excesos de los examinadores, únicamente se mantuvieron los exámenes dirigidos a los físicos, cirujanos, boticarios y barberos.

Centrándonos en el caso de las parteras, Muñoz dedica un capítulo –integrado por cinco secciones– para abordar su caso; se debe mencionar que no es particularmente grande,

pero contiene datos significativos en torno a la regulación a la que se les sometería. En el apartado en cuestión, comienza mencionando que los exámenes originalmente fueron impuestos derivado de la necesidad, sin embargo, por los abusos que se cometieron, éstos tuvieron que ser cancelados, razón por la cual las parteras continuaron su labor “sin otro examen, aprobacion, ò titulo, que el hereditario (por decirlo assi) de su practica; passando de unas à otras, por las respetivas conexiones, el nombre, y el Oficio de tales” (Muñoz, 1751, p. 38), el autor continúa mencionando que en buena medida, lo que les permitió continuar con sus actividades fueron los aciertos y la aprobación que generaron en los pueblos, y que, sin embargo, cuando existía algún tipo de resistencia por parte de las autoridades locales, bastaba con que las parteras acudieran al Protomedicato para recibir un documento –testimonio o despacho– para que las dejaran ejercer su labor.

La siguiente parte contiene una copia de una cédula Real²⁸, en la que se menciona de forma puntual que las parteras generaban un irreparable daño, ocasionando la muerte de mujeres y de sus criaturas, derivado “de la impericia, y mala conciencia”, tanto de ellas como de los hombres que se habían dedicado a estas labores. Continuando con la descripción de las actividades de las parteras menciona que

en los Juzgados Eclesiasticos, y Reales, se admitian declaraciones judiciales de Parteras, y Parteros, en causas de la mayor importancia, assi Matrimoniales, como de Successiones hereditarias, y Mayorazgos; afianzando tal vez sus decissiones à las declaraciones de unos legos, por suponerlos peritos, y perítas en este Arte, lo que à todas luces repugnaba (Muñoz, 1751, p. 310).

A causa de estos elementos mencionados es que se volvió a imponer el examen a las parteras, mismo que incluyó algunas notas de gran relevancia, como el hecho de que los hombres que ejercían la partería fuesen examinados para ser cirujanos, y en concordancia obtuvieran ese título por pertenecer la partería al ámbito de la cirugía. De los subsecuentes apartados solo mencionaré el hecho de que algunos de los requisitos para presentar el nuevo examen de partería incluían la presentación de la limpieza de sangre; la fe de bautismo; así

²⁸ En el Anexo 2 se puede consultar la cédula en cuestión, ésta se encuentra bajo el nombre *Expediente relativo a la forma en que se ha de desempeñar el oficio de partero y partera*.

como una certificación de vida y costumbres, expedida por un párroco local; además del pago de 128 reales vellón²⁹. Como punto siguiente, derivado de las regulaciones del Protomedicato, se debe mencionar que se le encargó al doctor Antonio Medina hacer una cartilla para la instrucción de las parteras, la cual “se ha impresso yà [en 1750] para que arreglandose à ella las personas que han de excercer el oficio de partear, se logren los aciertos, que tanto necessita la Republica” (Muñoz, 1751, p. 316).

Nueva España

En el apartado anterior se delinearon una serie elementos que tendrán distintos niveles de penetración, así como de implementación, en los territorios de la Nueva España. Como punto de partida, buena parte de los datos que se mencionaron tuvieron una aplicación esencialmente urbana, razón por la cual, de primera instancia, en el caso de los territorios americanos, se dejaba de lado una cantidad inmensa de espacio en la cual perduraron las prácticas locales que se refugiaron en las áreas lejanas al control y las regulaciones que se impondrían, por ejemplo, en la ciudad de México.

De este modo, la necesidad de supervisar las prácticas de las parteras tiene sus primeras manifestaciones a partir de la creación y puesta en marcha de distintas instituciones que buscaban regular la vida de la naciente sociedad novohispana, en este caso, mediante las regulaciones emitidas por el Cabildo de la Ciudad de México. Cabe señalar que, según lo que escribe Ravelo Rodríguez, estas primeras regulaciones datan de 1524 (2016, p. 8); la autora comenta que esta información aparece en las Actas de Cabildo que se encuentran resguardadas en el Archivo Histórico de la Ciudad de México, sin embargo, no menciona nada sobre el contenido del acta, he de decir que tampoco pude corroborar dicho dato, pues no logré localizar la información descrita en la versión impresa que pude consultar³⁰, o al menos no para el año referido, pues tuve oportunidad de leer algunas notas sobre la labor de las parteras en actas de otros años³¹.

²⁹ Moneda de cobre provincial de Castilla, que se llamó así porque los romanos, cuando la acuñaron, estamparon en ella una oveja (Pezzat, 2009).

³⁰ La versión consultada corresponde a la impresión que se hizo en 1889, cabe resaltar el hecho de que es una edición digitalizada por la Biblioteca Digital Hispánica (BDH).

³¹ Las actas en cuestión pudieron ser consultadas en la tesis doctoral de Martínez Hernández (2010); es importante señalar que su trabajo está dividido en dos volúmenes, el primero de los cuales fue editado en 2014

Algunos datos que se deben tener en consideración al hablar sobre la vigilancia de las actividades médicas, así como de su regulación en Nueva España, implican las diversas adaptaciones que se tuvieron que realizar para adecuarlos a la realidad de la sociedad que comenzaba a desarrollarse. En primer lugar, se debe mencionar que este proceso atravesó por distintas fases en las cuales, como es posible imaginar, se pusieron en marcha múltiples intereses, tanto locales como desde la metrópoli.

El primer caso en torno a este proceso, al menos en la ciudad de México, ocurrió en 1525 cuando el ayuntamiento de la ciudad nombró y fijó el salario para un cirujano barbero llamado Francisco de Soto; este hecho describe la primera acción en términos de política sanitaria tomada por dicho organismo, a la cual, dos años después, se le sumaría la aceptación de Pedro López como protomédico. Este acto permitió el desarrollo de lo que Lanning denomina como “Protomedicato municipal”, mismo que comenzó con ciertas suspicacias derivadas de la llegada un tanto fraudulenta de Pedro López pues, como es planteado por el autor y retomado posteriormente por Martínez Hernández, los conflictos entre la Corona y el Protomedicato español provocaron que se rescindiera el nombramiento original que tenían los licenciados Pedro López y Barrera para ejercer como protomédicos en la isla de La Española –en esencia porque el rey no estaba de acuerdo en que fueran nombrados sin su autorización–, razón por la cual migra al continente en busca de mejores opciones, incorporándose a una de las expediciones de Cortés, de la que regresa a la ciudad de México en 1526. Al año siguiente, después de presentar el mismo documento que le fue previamente rescindido, fue nombrado como protomédico por el ayuntamiento el 11 de enero de 1527 (Lanning, 1997, pp. 39-43; Martínez Hernández, 2014, pp. 106-110).

Sin entrar demasiado en los detalles del periodo, es posible decir que a partir de ese año existió una carencia significativa de profesionales de la medicina. Esta situación se sobrellevó con relativa estabilidad, puesto que el ayuntamiento de la ciudad se hizo cargo de

para convertirse en el libro que aparece mencionado en la bibliografía. Sobre el segundo volumen, este contiene un apéndice documental, en el cual pude leer las notas en las que se hace referencia a la actividad de las parteras, además de otros especialistas, mismos que corresponden a los años 1538, 1540, 1560, 1563 y 1603. Existe una mención más sobre parteras hacia 1621, sin embargo, no se trata de información contenida en las Actas de Cabildo, sino que están referidas en un conflicto jurídico sobre la regulación de las prácticas médicas en la Nueva España, la *Controversia en torno al Protomedicato de la Nueva España: El doctor Francisco de Urieta vs el Protomédico Jerónimo de Herrera, 1620-1621*; se puede mencionar que el documento en cuestión es el mismo que el autor utiliza para hablar sobre los conflictos que tuvieron lugar en torno a la fundación del tribunal del Protomedicato en la Nueva España.

las labores sanitarias de la capital y sus alrededores –lo que incluyó el nombramiento de protomédicos–, situación que, como es posible imaginar, no fue del agrado total de la Corona, pero, al estar al tanto de las complicaciones que conlleva la administración y gobierno de territorios lejanos, se le mandó a los virreyes, presidentes y gobernantes, la tarea de visitar y regular las boticas para evitar que las medicinas causaran daños; esta serie de conflictos y carencias tuvieron una forma particular de manifestarse a los pocos años, como queda evidenciado en las descripciones que se hicieron en torno a la epidemia de *cocoliztli*³² de 1545, una de las más graves del siglo XVI (Martínez Hernández, 2014, pp. 111-114, 116-119). En estos términos, un evento de gran importancia que ocurre posteriormente a la epidemia mencionada, es la llegada de Francisco Hernández³³ a la Nueva España como “protomédico general de todas las Indias y Tierra Firme del Mar Océano”.

Por mencionar solo algunos datos relevantes sobre este personaje, se puede decir que fue médico de la corte de Felipe II; el 11 de enero de 1570 recibió el nombramiento que lo acreditaba como Protomédico general de las Indias, razón por la cual se trasladó a estos territorios con una tarea por cumplir: escribir la historia natural de las tierras americanas. Esta misión consistía en:

³² Según el *Vocabulario en lengua castellana y mexicana* de fray Alonso de Molina (2013), con la palabra *cocoliztli* se hace referencia a una “enfermedad o pestilencia”, esta descripción no ayuda mucho a quienes han abordado la tarea de intentar descubrir la enfermedad en cuestión, misma que en la actualidad sigue siendo un misterio puesto que se ha hablado de diversas enfermedades, entre las que se incluyen influencias hemorrágicas, brotes de tifoidea, fiebres bacterianas, entre otras. En los últimos años, particularmente a partir de 2007, se ha planteado la posibilidad de esta epidemia haya sido producida por una variedad de *Salmonella entérica*, según hallazgos de ADN realizados en enterramientos en Teposcolula, Oaxaca; sin embargo, esta hipótesis se encuentra lejos de ser completamente aceptada, por las múltiples incógnitas que aún persisten sobre esta enfermedad. Al respecto de este punto existe una gran cantidad de información que puede ser consultada, debido al enorme interés que generó, de momento se puede referir a la obra clásica que compilaron Enrique Florescano y Elsa Malvido (1982), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, en donde hay un trabajo que habla sobre aborda el *cocoliztli* de aquel año, escrito de Germán Somolinos D’Ardois; otro trabajo de interés, de reciente aparición, es la tesis doctoral de Sandra Guevara Flores (2017), *La construcción sociocultural del cocoliztli en la epidemia de 1545 a 1548 en la Nueva España*, misma que es posible consultar en línea.

³³ Sobre Francisco Hernández de Toledo, más conocido únicamente como Francisco Hernández, existe una enorme cantidad de obras que se han escrito en torno a su actividad en Nueva España, la cual sería aún mayor si se toman en cuenta los diversos eventos en los que estuvo implicado, mismos que van desde su infructuosa labor como protomédico; su participación en eventos importantes como fue la epidemia de 1576, en donde se describe la realización de autopsias en el Hospital Real de Naturales; entre otras. Sin embargo, su faceta más estudiada y conocida es aquella que tiene que ver con la 1ª expedición científica realizada a la Nueva España.

informar donde quiera que llegáredes de todos médicos, çurujanos, herbolarios, e indios e otras personas curiosas en esta facultad, y que os pareciere podrán entender y saber algo, y tomar relación generalmente de ellos de todas las yerbas, árboles y plantas medicinales que hubiere en la provincia donde os halláredes (citado en: Martínez Hernández, 2014, p. 120).

Esta actividad, originalmente planteada para llevarse a cabo también en el virreinato de Perú, es conocida como la 1ª expedición científica del Nuevo Mundo, misma que debía ser cumplida en un plazo de cinco años, sin embargo, las condiciones del territorio, además de la gran cantidad de especímenes vegetales y animales que comenzó a reunir, la poca cooperación de las autoridades, además de la edad con la que llegó Hernández a territorios americanos –cincuenta y cuatro años, que para la época puede ser considerado como una persona de avanzada edad–, provocaron que el proyecto planteado se desarrollara durante seis años, de 1571 a 1577, y únicamente en los territorios de la Nueva España.

Centrando la mirada en la faceta como protomédico –entre 1571 a 1574–, el nombramiento con el que llegó Hernández a Nueva España pretendía allanar el camino evitando en gran medida los obstáculos que se pudieran generar, por ejemplo, sobre los conflictos de autoridad; sin embargo, estas medidas terminaron siendo contraproducentes puesto que permitieron a los funcionarios y médicos novohispanos ignorar e incluso contradecir sus indicaciones ya que, como se mencionó con anterioridad, los privilegios del Ayuntamiento, sumados a que el gremio médico se encontraba en un proceso de reordenamiento institucional en torno a la facultad de medicina de la Real Universidad de México –inaugurada en 1553–, identificaron como una amenaza la llegada de un Protomédico con nombramiento real. De esta forma, a partir del arribo de Hernández, en 1571, tanto el Ayuntamiento como los médicos novohispanos generaron diversos recursos para proteger sus privilegios, situación que generó un manifiesto descontento en Hernández quien lo expuso en una serie de quejas dirigidas a la Corona, tras lo cual logró obtener como respuesta una cédula, en 1574, con la que se pretendía tener una narración de los pormenores denunciados; pese a la existencia de este mandato, se desconocen las acciones que tomaron el virrey Martín Enríquez y la Real Audiencia, lo único seguro es que Hernández dejó de lado su rol como protomédico enfocándose en cumplir la comisión que le fue encargada:

realizar la historia natural del Nuevo Mundo. Se debe mencionar que dicha labor fue cumplida de manera inigualable, sin embargo, su autor no pudo ver publicada su obra ya que ésta no logró satisfacer los intereses que Felipe II había generado en torno a los recursos naturales americanos (Martínez Hernández, 2022).

La relevancia de hacer mención al caso de Hernández, más allá de su actividad científica y la importancia que hoy día tiene su obra, se centra en que es un ejemplo significativo de los problemas que se gestaron en torno a la regulación de las actividades médicas en Nueva España; los conflictos de intereses, sumados a la consolidación de las diferentes instituciones que se fueron desarrollando a lo largo de la colonia, son evidencia de las múltiples complicaciones que surgieron al intentar implementar las normativas generadas en la metrópoli. Esta serie de pugnas también son evidentes al leer las quejas y denuncias que se presentan en las Actas de Cabildo, puesto que en materia de salud pública son comunes las menciones que se hacen sobre la existencia de diversos especialistas que realizan prácticas terapéuticas sin contar con las certificaciones correspondientes, situación que muchas veces es utilizada como herramienta de desprestigio hacia determinada autoridad o administración, para abogar por intereses particulares.

Retomando el caso de las actas en las que se hace referencia a las parteras, la primera de éstas data de 1538; como es de esperar, en ésta aparece información que no se limita a la actividad de las parteras, pues comienza narrando que se han hecho pregones indicando que no se deben realizar actividades vinculadas con la labor de los cirujanos sin estar facultados para realizarlas; la parte relevante para la presente investigación se centra en la necesidad de que algunos médicos realicen exámenes a las parteras para que solo aquellas que sean capaces puedan realizar dicho oficio.

Esta fórmula, en la que se menciona con cierta pesadumbre el ejercicio de la partería fuera de las regulaciones y normativas derivadas de la realización de exámenes, se repite en cada una de las subsecuentes menciones hasta 1621. Como elemento curioso, sobresale un acta realizada en 1540, en la que se menciona la inconformidad de muchas personas con las prácticas de diversos boticarios quienes venden medicinas alteradas y que, cuando saben que serán visitados por la autoridad, corrigen sus medicamentos para evitar ser multados; la queja continúa mencionando nuevamente el hecho de que se ejerza la medicina y la cirugía sin estar facultados para ello, y continúa denunciando la necesidad de que se evalúe a las parteras. La

parte curiosa de esta sección se encuentra en el hecho de que se señalan ciertos abusos relacionados con las tarifas que cobran las parteras por realizar su labor, misma que es mencionada como excesiva y que, por lo tanto, requiere de una tasación adecuada.

En pocas palabras, la mayoría de las referencias que se pudieron localizar en torno a la práctica de la partería durante el siglo XVI y algunos años del siglo XVII, mismas que insisto se abordan desde un contexto eminentemente urbano, describen las complicaciones que se produjeron al momento de intentar regular esta actividad, pues, como se relata en el conflicto entre Francisco Urieta y Jerónimo de Herrera de 1621 –última mención localizada en torno a la temática de la partería en la tesis de Martínez Hernández (2010)–, aún se manifiesta la existencia de un número importante de especialistas, tanto parteras como curanderos y curanderas, que ejercen su labor sin contar con algún título que los avale.

Al relacionar estos datos con lo expuesto en el apartado anterior, son notorios varios puntos de interrelación, como es el caso de la necesidad de regular a quienes practican algún tipo de actividad relacionada con la salud, así como evaluar la capacidad de estos especialistas, particularmente de las parteras. Sin embargo, detalles como la cancelación de los exámenes para parteras –planteada en 1567–, el número limitado de médicos encargados de las evaluaciones, así como la imposibilidad de cubrir el extenso territorio de la Nueva España, a lo que se suma la poca jurisdicción que se tenía en las localidades indígenas, plantean escenarios bastante adversos para cumplir a cabalidad las normativas generadas en la metrópoli.

Derivado de este proceso, ocurrieron una serie de fenómenos netamente novohispanos, entre los que se puede destacar la generación de una medicina mestiza, de la cual es posible identificar numerosos ejemplos que han surgido a lo largo de los años, puesto que se trata de uno de los temas que han experimentado un gran impulso; de este modo, categorías como la medicina de la conversión, la medicina misional, o sobre el proceso de aculturación, buscan abordar de distinta manera los sucesos derivados del contacto, intercambio, así como de la dominación y evangelización, entre muchas otras temáticas a las que se le dedicaron, y continúan dedicándose, incontables investigaciones.

Al respecto de la vinculación entre los procesos de contacto y el desarrollo de conocimiento local, Estela Roselló, al hablar sobre las curanderas de la Nueva España, apunta que:

La historiografía más reciente sobre la cultura del imperio español de los siglos XVI y XVII ha hecho énfasis en la historia de contactos. Procesos de conversión, circulación de objetos, personas, especies naturales, viajes trasatlánticos, intercambio de ideas, creencias y saberes; construcción de nuevas explicaciones e interpretaciones del mundo. [...] Es ésa una historia que oscila, necesariamente, entre los diálogos y las imposiciones culturales; una historia, a veces, ciertamente de sometimiento, pero muchas otras, quizás la mayoría, una historia de mediación y negociación (2018, p. 178).

Este tipo de acercamientos podría brindar nuevos datos en torno a fuentes que han sido largamente estudiadas, de tal forma que se pudiese complementar varios de los huecos que existen sobre el estudio de la partería en los siglos XVI y XVII. Un ejemplo de este tipo de abordajes se encuentra en una obra de Angélica Morales Sarabia (2016), quien habla sobre la *medicina de mujeres* contenida en *Cuatro Libros de la Naturaleza*, trabajo de Francisco Ximénez (1615); la relevancia del artículo en cuestión, además de plantear los vínculos que tiene dicha fuente con la obra monumental de Francisco Hernández, radica en que se enfoca a un tipo de medicina que no siempre es abordada, además de que da pistas sobre las dinámicas de los tianguis y mercados, espacios privilegiados para el intercambio y comercialización de comestibles, así como de diversos elementos terapéuticos, como es el caso de las plantas locales y de aquellas que comenzaron a ser incorporadas a la cotidianidad americana, mismas que eran empleadas por diversos especialistas entre quienes se encuentran las parteras y los médicos.

Siglos XVIII y XIX

Para evitar extenderme demasiado en el apartado anterior, enfatizando el hecho de que se trata de un acercamiento superficial, el siguiente punto a discutir tiene cabida dentro del siglo XVIII el cual, pese a estar inserto aún dentro del periodo colonial, cuenta con características relevantes que pueden ser abordadas en conjunto con los cambios que ocurren en el periodo decimonónico. Durante esta etapa se experimenta un interés generalizado por

entender la naturaleza, el cual se vio amparado bajo la consigna del método, en otras palabras, se generó una forma con la que se buscaba universalizar los oficios y disciplinas científicas; dicho fenómeno, asociado a la curiosidad, no fue exclusivo de este periodo, sin embargo, lo que sí se desarrolló fue la idea de que las leyes que rigen la naturaleza tienen una lógica racional, para la cual la experimentación es un requisito indispensable (Schifter, 2002, p. 1).

Si se tuviese que definir con una palabra lo que esta perspectiva significó para el Reformismo borbónico, el cual inicia en 1700, esta sería: organización. En este sentido, se pusieron en marcha diversas estrategias que pretendían dar orden a la administración del Imperio, con lo que se buscaba generar prosperidad, además de un mayor aprovechamiento de los territorios colonizados que se encontraban bajo su mando. De esta forma, no es casual que durante esta época surgieran diversas leyes, documentos y reglamentos como los revisados párrafos atrás, puesto que estas reformas también incluyeron al sector sanitario.

Al respecto de esto, según palabras de Ravelo, las políticas reformistas que se implementaron en España y en las colonias buscaban iniciar un proceso de modernización de la obstetricia que incluía la formación de parteras y la intervención de cirujanos en los casos difíciles. Esta tendencia tuvo un auge efímero pues, a partir de la segunda mitad del siglo, las políticas públicas priorizaron la formación de cirujanos parteros para realizar los servicios obstétricos y no sólo para casos distócicos, tendencia que se manifestaría de forma importante en el último tercio del siglo XVIII a instancia de los médicos criollos ilustrados, de tal suerte que el papel de la partera quedaría relegado a una escena secundaria, ya sea como asistente del cirujano o en la atención a las mujeres pobres (2019, p. 77).

Tendiendo una línea con lo planteado en apartados anteriores, la *Cartilla de instrucción para parteras* de Antonio Medina –publicada originalmente en 1750 en Madrid, misma que fue publicada en 1806 en Nueva España–, contiene datos significativos en torno a la posición que tomó el Protomedicato con relación a las parteras y su labor, como se puede leer en el prólogo de la edición de 1806:

[...] con la mas madura reflexiõn y prudencia se estableció por costumbre y por ley, fuese partear peculiar exercicio de las mugeres, y que solo por abuso cohonestado con la impericia y desconfianza de éstas, en desprecio del mayor recato se han introducido los hombres comunmente á practicarlo, pues aunque

nadie debe dudar que en el singular caso de un parto difícil se ha recurrido, y debe recurrir á la pericia, y destreza superior de un buen Cirujano; es también evidente que hasta el siglo pasado se ignoraba, especialmente en España, el nombre de Comadrones ó Parteros (Medina, 1806).

Es importante mencionar que se pudo leer una versión paleografiada de la *Cartilla* de 1750³⁴, pero se hará referencia a la que fue impresa en México; la razón detrás de esta decisión es muy sencilla, en esencia se trata de la versión que fue pensada para aplicarse en estos territorios y, pese a que de manera general son idénticas, existe una intencionalidad de por medio al imprimir nuevamente esta obra, misma que podemos suponer se encuentra relacionada con la educación de las parteras como asistentes más que como especialistas, hecho que se notará a continuación.

Un caso interesante de un médico criollo ilustrado, que ha sido retomado en diversas ocasiones para hablar sobre la perspectiva médica dominante en el siglo XVIII, lo constituye José Ignacio Bartolache, quien, en su *Mercurio Volante*,³⁵ puntualmente en la publicación relativa al 25 de noviembre de 1772, dedica algunas partes de su artículo a hablar sobre las parteras. Para contextualizar el volumen referido, éste se encuentra inserto en torno a un conflicto socioreligioso, el cual es descrito en la introducción de la obra, de manera sencilla se puede decir que la disputa se originó por una reforma a los conventos de monjas que buscaba reducir las a la “vida común”³⁶; la negativa de las monjas de la ciudad de México y Puebla a perder sus privilegios ocasionó un conflicto civil y religioso a partir del cual se produjeron numerosos casos de “Mal histérico”, lo que fue aprovechado por Bartolache para intitular su publicación.

³⁴ Esta se puede consultar en la página web del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM). <https://www.codem.es/libros/1750-cartilla-nueva-util-y-necesaria-para-instruirse-matronas>

³⁵ EL *Mercurio Volante* fue, según comenta Roberto Moreno en la introducción de la obra de Bartolache, “un periódico ilustrado de temática tan amplia que puede ser leído y gozado perfectamente por los no especialistas”, cabe puntualizar que el nombre completo del periódico en cuestión anticipa varios puntos que resultan relevantes: *Mercurio Volante con noticias importantes y curiosas sobre varios asuntos de física y medicina*. Como se puede entender, la obra refleja en sí misma el momento por el que transitaba la sociedad, y, en buena medida, cuáles eran los temas a los que se le daba difusión, al menos por ciertos sectores de la población.

³⁶ La “vida común”, en esencia, refiere a que el entorno sea sencillo y comunitario para evitar que se relaje la moral cristiana, es decir, esto se traduce en que, por ejemplo, las celdas y las comidas sean comunes, situación que no fue bien recibida por estas mujeres quienes, al ser hijas de familias adineradas, nunca se imaginaron pasar por una situación semejante.

Desde los primeros párrafos del artículo, Bartolache (1772) menciona que lo que se leerá corresponde a “algunos dictámenes provechosos que deben considerarse como fruto de mi estudio y meditación y de mis observaciones” (p. 56), siguiendo esta idea, en el último de sus planteamientos, el duodécimo, dirigido específicamente a las mujeres laicas, expone los inconvenientes que conlleva “abandonarse en sus preñados y partos a la indiscreción de las parteras, sus comadres, cuya maniobra no tiene nada que ver con las licencias y facultades que esa gente se toma de ordinario no sin grave daño de las pacientes” (p. 64), de esta forma, considera como “cosa de risa” el hecho de que tomen “los brebajes más absurdos y desatinados”, así como que participen de ceremonias encabezadas por “una viejecilla ignorante y ridículamente supersticiosa”, argumento que termina sentenciando con estas palabras: “mientras no aprendieren estas mujeres el arte de partear, escrita y perfeccionada hoy por hombres muy hábiles, es disparate fiarse de las comadres para otra cosa que para recibir y bañar la criatura y mudar ropa limpia a la parida” (Bartolache, 1772, p. 64).

Esta serie de descalificaciones a la capacidad y terapéuticas empleadas por las parteras encontrarán en la Real Expendición Científica (1787-1803), comandada por Martín Sessé y Vicente Cervantes, el semillero del proyecto obstétrico ilustrado, puesto que dicha expedición se constituyó como la primera gran acción para institucionalizar la medicina acorde a las nuevas necesidades científicas. Derivadas de este proyecto surgieron obras de enorme importancia como *Flora mexicana* y *Plantae Novae Hispaniae*, de Martín Sessé y José Mociño, en las que utilizaron gran cantidad de saberes populares indígenas, mismos que, al ser sistematizados y clasificados dentro de los parámetros de la taxonomía de Carlos Linneo, quedaron olvidados, con lo que la autoría de los saberes de los indígenas y de las parteras fueron cancelados (Ravelo, 2019, p. 118).

Al hacer un balance antes de cambiar al próximo siglo, es posible decir que en la Nueva España, particularmente en la segunda mitad del siglo XVIII, se experimentó un auge económico, científico y cultural, derivado de una tradición científica sostenida a lo largo de los primeros siglos de la colonia, por lo que se contaba con una serie de instituciones, agrupaciones profesionales, instrumentos, entre otros elementos que permitieron a ciertos grupos de individuos discutir, adoptar o rechazar las novedades que se producían en sus respectivos campos de estudio (Schifter, 2002, p. 8).

Para la partería:

Esto significó no sólo una precarización de su ejercicio profesional, sino la usurpación de su figura, orquestada en cuatro movimientos: el primero consistió en la proclamación de su ignorancia y vulgaridad, y en la infravaloración de su trabajo de cuidado; el segundo, en la apropiación “científica” de su saber tradicional; el tercero, en su exclusión de los medios de producción y la legitimación del conocimiento científico, y el cuarto consistió en la promoción de la figura masculina como la más competente en materia obstétrica, mediante su formación práctica en materias quirúrgico-instrumentales, anatómicas y botánicas, haciendo del cuerpo femenino, en sus distintos estados, un objeto de estudio científico masculino (Ravelo, 2019, pp. 77-78).

La transición entre el siglo XVIII y el XIX, fue significativamente complicada. El ascenso del criollismo, aunado a la Guerra de Independencia y la conformación del Estado Mexicano requirió la generación de diversos métodos para satisfacer las múltiples necesidades que continuaron apareciendo y diversificándose con el paso del tiempo. En este proceso “el gobierno manifestó gran interés por aumentar su poder en asuntos de salud. Hizo leyes sanitarias, bandos y entró en franca oposición con la iglesia respecto a la regulación de hospitales y cementerios” (Rodríguez y Rodríguez, 1998).

Algunos elementos relevantes de este proceso se pueden identificar, por ejemplo, en la actividad del Protomedicato, la cual continuó regulando la práctica de la medicina y a sus especialistas hasta 1831 cuando fue sustituido por la Facultad Médica del Distrito y Territorios, con lo que se redujeron sus funciones a las de una junta examinadora (Ocaranza, 1995, p. 152). En términos de educación, el decreto de 19 de octubre de 1833 generó diversas transformaciones, comenzando con la extinción de la Universidad, este acto, según palabras de Francisco de Asís Flores y Troncoso (1982), “reformó toda la instrucción pública, y por la ley de 23 del mismo mes que reglamentó ese decreto, se previno que, de entonces en adelante, los grados académicos que hasta allí sólo se habían dado en la Universidad fueran obtenidos en el Establecimiento de Ciencias Médicas” (p. 195). De esta forma, continuando con el autor, la creación de esta institución “inauguró en nuestra patria el estado positivo de las ciencias médicas” (p. 65); este comentario resulta todavía más significativo cuando se

reconoce, como lo plantea Ana María Carrillo, el hecho de que en el Establecimiento de Ciencias Médicas es donde tuvo lugar la recepción de la medicina y clínica experimental europea (1999, p. 169). Esta serie de transformaciones tuvieron una expresión singular para la partería, como lo plantea Flores y Troncoso en un capítulo que dedica a la obstetricia:

[...] al crearse un Establecimiento de Ciencias Médicas, y al reglamentarse la enseñanza de esa Facultad, se la dotó, por la ley de 23 y por el Reglamento de estudios médicos de 24 de Octubre del mismo año [1833], de una cátedra de Obstetricia que entónces se puso anexa á la de Operaciones, como ya dijimos en otro lugar, y que por Disposición de la Dirección General, de 5 de Diciembre, se hizo extensiva para las parteras (1982, p. 562).

Esta situación no duró mucho, derivado de los diversos ajustes que se comenzaron a realizar para adecuar los nuevos planes de estudio, para el año siguiente –1834–, la cátedra de obstetricia acabaría por separarse de la de operaciones, generando una de mayor complejidad, la cátedra de Obstetricia y enfermedades de mujeres y niños (Flores y Troncoso, 1982, p. 137). Es importante mencionar que, en México, a diferencia de lo que ocurrió en España, cuando comenzaron los cursos de instrucción para las parteras, estas asistían a la cátedra de obstetricia en conjunto con los estudiantes de medicina, debido a que ya estaban unidas las carreras de medicina y cirugía. Una de las razones de que esto haya sido de dicha forma se sustenta en que se pretendía reemplazar a las parteras tradicionales con parteras profesionales que estuvieran entrenadas por los médicos y que, con esta misma instrucción, les facilitasen el acceso a embarazadas, parturientas y púerperas (Carrillo 1999, pp. 169-170).

Al respecto de esto se puede leer que:

[...] suele suceder que las parteras, bien porque llegan ántes que el médico, bien por razon de su sexo, se ganan la voluntad de la paciente y de la familia á tal grado, que al llegar aquel sólo se limitan á darle los datos que quieren y á invitarle á que formule tal ó cual medicina. El médico, por dignidad y por conciencia, no debe aceptar ese papel, debe procurar formarse juicio por sí

mismo del caso de que se trata, y debe recuperar la supremacía que la sociedad y la ley le tienen asignada (Flores y Troncoso, 1982, p. 626).

El comentario continúa diciendo

La Obstetricia, pues, tal como hoy se la enseña y se la ejercita en México, es un arte de porvenir en el que los jóvenes médicos y las parteras encuentran ya reunido un buen caudal de conocimientos y uno, si cabe, mejor todavía, de sanos consejos y buena práctica, que bien aprovechados en su ejercicio, les sirven de seguro guía y son una prenda cierta de la unión y del mutuo respeto que entre ambos debe existir (Flores y Troncoso, 1982 pp. 627-628).

Cabe señalar que el último párrafo incluye una serie de buenos deseos al porvenir de la cooperación entre médicos y parteras, misma que debe conservar la armonía que se ha construido entre sí, “para con el arte que los cuenta en su seno, para con Escuela que los vio formarse, y para con la sociedad que les tiene encomendados algunos de sus más sagrados intereses” (Flores y Troncoso, 1982, pp. 627-628). En este sentido me gustaría resaltar algunos elementos siguiendo el comentario previo de Carrillo, en primer lugar, es muy notorio el trato diferenciado que se plantea entre la partera y el médico, dándole un lugar preponderante a este último; otro elemento contiguo se centra en el reconocimiento que se hace sobre un tipo de parteras, es decir, de aquellas con quienes existe una relación más armónica, caso puntual de las que son formadas bajo la instrucción médica; otro elemento de relevancia que puede ser identificado en la obra de Flores y Troncoso es el papel de lo nacional, es decir, el orgullo y nacionalismo que floreció a lo largo del siglo XIX, mismo que para el caso de la obstetricia plantea no solo el perfeccionamiento de la enseñanza y la práctica, sino que también habla sobre la conformación de una escuela tocológica que puede ser diferenciada de las demás, la mexicana. En este punto es importante mencionar que muchos de los proyectos que surgieron durante esta época, como es el caso de diversas escuelas, así como de instituciones, no lograron subsistir derivado principalmente de las inestabilidades socioeconómicas y políticas por las que atravesó el país.

Otro ejemplo significativo de la época: casi diez años posterior al trabajo de Flores y Troncoso, aparece el libro *Elementos de obstetricia para la enseñanza de las señoras* (1897), obra de Arturo Palmero, el cual ofrece muchos datos interesantes desde las primeras páginas, que se leen en el “Preámbulo”, en donde escribe:

Las obligaciones de las parteras son distintas de las de los médicos parteros; de ahí que el estudio que se exige para unas y otros varíe en cantidad y aun en calidad. [...] La partera es una asistente científica que sólo debe hacer aquello que es de su incumbencia, sin tratar de usurpar los derechos ni de arrogarse las responsabilidades que corresponden exclusivamente al médico partero (1897, pp. V-VI).

Así como lo declara el autor, su libro pretende convertirse en una herramienta pedagógica que contenga la información necesaria que debe manejar cualquier partera, además, sobresale el hecho de que lo desarrolla conforme a las doctrinas de la Escuela Obstétrica Mexicana. Para alcanzar este objetivo, escribió su obra en español con un lenguaje sencillo, privilegiando la cuestión didáctica, ya que ésta es una de las críticas que plantea sobre los textos que se ocupan en la enseñanza –los cuales están escritos en francés–, mismos que califica como “más científicos que didácticos [...], insertando á veces, muchas teorías y conocimientos casi inútiles y poco prácticos” (Palmero, 1897, p. VIII).

Para no extenderme demasiado sobre el texto referido, únicamente mencionaré que se compone de doce partes³⁷, siendo la última la más relevante para los fines de la presente exposición, puesto que se dedica a abordar los deberes y principios éticos de la obstetricia. Según lo planteado por Palmero en este último capítulo, son en esencia diez los deberes y obligaciones de las parteras: 1) Para ejercer legalmente debe presentar el título

³⁷ En cada una de las partes que constituyen el escrito se abordan distintos aspectos que incluyen *descripciones* anatómicas; sobre el desarrollo; en torno al diagnóstico y cuidado; finalizando con un apartado de principios éticos y morales. Estos capítulos se distribuyen de la siguiente manera: Primera parte: Pelvis; Segunda parte: Órganos genitales de la mujer y glándulas mamarias; Tercera parte: Embriogenia; Cuarta parte: Embarazo; Quinta parte: Huevo humano; Sexta parte: Diagnóstico e higiene del embarazo; Séptima parte: Parto; Octava parte: Inyecciones puerperales, antisepsia obstétrica, intoxicaciones y técnica de las inyecciones; Novena parte: Conducta de la partera durante el embarazo, el parto e inmediatamente después; Décima parte: Puerperio; Undécima parte: Conducta de la partera durante el puerperio; Duodécima parte: Deontología obstétrica.

correspondiente al Consejo Superior de Salubridad; 2) Tienen prohibido hacer *operaciones obstétricas difíciles*, así como *diagnosticar y recetar fuera del terreno obstétrico*³⁸; 3) La partera que por falta de cuidado o impericia se le muriese un recién nacido comete un *delito de culpa*³⁹; 4) En ningún caso se permite provocar intencionalmente un *aborto* o un *parto prematuro*⁴⁰; 5) En caso de *aborto espontáneo* puede prestar sus servicios sin escrúpulo⁴¹; 6) Si es *aborto ovular* o *embrionario* y no se provocó intencionalmente, no es necesario dar aviso a las autoridades; 7) No se puede obligar a la partera a descubrir un aborto criminal, en virtud del *secreto profesional*; 8) No se puede obligar a las parteras a prestar sus servicios sin su consentimiento y justa retribución, así como tampoco puede abandonar a la mujer si no hay tiempo para que acuda otra persona; 9) Si una persona quiere evadir el pago de honorarios injuriando, difamando o calumniando a la partera, ésta puede presentar una queja; y 10) El nacimiento debe ser declarado con asistencia de dos testigos. Una vez expuestos estos principios, el autor vuelve a enfatizar que, derivado de la conducta racional de la partera “indicada con claridad y precisión [en la obra]”, durante las operaciones deberán ejecutar, “sin hacer observación alguna, lo que le ordene el médico, que es el director del acto obstetrical en esos casos” (Palmero, 1897, p. 277-284).

Un caso singular, como elemento de articulación entre el siglo XIX y el XX, lo constituye la obra *La obstetricia en México*, de Nicolás León (1910). Al enfocar la mirada en torno a las parteras urbanas –aclarando que se dedican los primeros capítulos del libro a hablar sobre las costumbres de diferentes grupos étnicos–, es hasta el capítulo cuarto en donde se comienza a caracterizar a la partera, las costumbres populares y la terapéutica a finales del siglo XVIII. El capítulo comienza generando una opinión bastante contundente sobre estas especialistas:

la partera es hija de esa civilización progresiva que no conocieron ni el pobrete de Adan ni la reverenda madre Eva: dichosos ellos que no conocieron á la

³⁸ Las cursivas son del texto original. Este mismo criterio se utiliza en para el resto de los deberes y obligaciones enlistadas.

³⁹ En este punto se menciona a su vez que el *infanticidio intencional* es también punible por el Código Pena; la relevancia de esta mención se centra en las razones que llevan a realizar este acto, las cuales son: “ocultar la honra de los padres, por la miseria ó por simple maldad ó venganza de la partera” (p. 278).

⁴⁰ Sólo el médico puede realizarlo para evitar un daño mayor a la madre.

⁴¹ Aunque debe presentar el feto a las autoridades sanitarias para “dejar á salvo su conducta de la malicia pública” (p. 279).

partera, á ese apéndice de la facultad médico-quirúrgica, porque realmente la partera en el cuerpo Médico viene á ser lo que en el cuerpo humano un lobanillo, como dicen vulgarmente, ó como una berruga; sin embargo, como esa berruga es parte integrante de aquel cuerpo sin alma, toma la parte que le corresponde en el ejercicio de sus funciones (León, 1910, p. 119).

El discurso continúa haciendo numerosas analogías intentando definir a la partera, en las cuales se puede entrever que las veían como personas rústicas, limitadas a labores mecánicas y que, además, se prestaban a actos ilícitos por el pago adecuado. Estos comentarios concluían al caracterizar a dichas especialista de forma general como “viejas de cuarenta años para arriba”, lo que en primera instancia plantea una brecha etaria con relación a los médicos. Ahondando sobre este aspecto, menciona que las parteras se toman su “extraña profesión” cuando son, por lo menos, “semi-viejas”, por lo que es muy raro encontrar a mujeres jóvenes dedicadas a esta actividad, ya que “es un recurso de la viudez [...], que después de veinte años de casadas, no logran tener un chico, ó que de tenerlos se les murieron” (León, 1910, p. 120).

El capítulo en cuestión avanza ofreciendo diversos datos sobre la partería en la época, mismos que se incluyen en una narración sobre un nacimiento, el cual fue atendido por doña Secundina, “ejerciendo su femenil sacerdocio”. Es importante mencionar que la información que presenta León es extraída de forma completa de otra publicación previa, *Los mexicanos pitados por sí mismos* (1854), en esta obra se recogen diversas narraciones sobre personajes ciudadanos, por lo que la imagen proporcionada corresponde justamente a la opinión pública que se tenía en torno a la figura de la partera.

Sin entrar demasiado en detalles, el libro continúa con un apartado que contiene lo que el autor denomina como “un resumen de toda la terapéutica Obstetrica mexicana en fines del Siglo XVIII”, en donde es posible identificar el uso de diversos remedios entre los que continúan apareciendo distintos recursos vegetales, además de otros elementos que han perdurado en la medicina popular. Al concluir esta sección, punto en el que me detendré por un momento, León retoma la opinión de un médico poblano, el Dr. Villanueva, para hablar sobre la costumbre de las mujeres de acomodarse para parir en posiciones diferentes a “la única posición aceptable por ser la sola racional, la posición horizontal” (1910, p. 142). En

este sentido, sobresale el hecho de que comienza su discurso hablando sobre los peligros que conlleva el parir en otras posiciones; según la opinión del médico, “llama la atención, que en nuestra sociedad subsista una costumbre que es causa de graves inconvenientes; y cuya sola existencia desmiente la civilización y adelanto que debe esperarse de una ciudad” (León, 1910, p. 142).

La narración prosigue mencionando que la mayoría de los partos, relacionados con la población pobre de la sociedad, son asistidos por “*parteras* completamente ignorantes y torpes, que desconocen de una manera absoluta el papel que representan; y sin embargo, es la parte de la sociedad que necesita precisamente toda nuestra consideración” (León, 1910, p. 143). Al hablar sobre la clase media, Nicolás León menciona que las mujeres solicitan la asistencia de otra clase de parteras, “que no menos ignorantes que las otras, tienen, sin embargo, la pretensión de poseer los conocimientos suficientes para el desempeño de su *profesión*” (1910, p. 143). Finalmente, menciona que:

Para la última postura [decúbito supino]⁴², nos queda sólo los partos que ocurren en algunas familias, que con menos preocupaciones, y conocedores de sus verdaderos intereses, saben encomendar en manos de médicos inteligentes, la dirección de acto tan delicado é importante, reservando á la matrona el único papel que pueden desempeñar [subordinada a la dirección de un cirujano]. Estas personas elijen, como hemos dicho, para su parto, la posición horizontal (León, 1910, p. 143).

Esta perspectiva continúa páginas adelante, después de hacer mención de distintos mecanismos simbólicos de ayuda durante el parto entre los que sobresalen el encomendarse a diversas vírgenes y santos mediante el uso de oraciones, velas, obleas o tiras de papel con jaculatorias. En este sentido León señala⁴³ que:

⁴² En este punto el autor menciona que esta posición se aproxima a la posición clásica de los parteros franceses, hecho significativo por el papel que desempeña la clínica francesa en el desarrollo de la medicina mexicana.

⁴³ Los comentarios que transcribe el autor en este apartado corresponden a una obra perteneciente a Francisco Estrada (1903), misma que aparece en la sección bibliográfica en la primera parte del libro. Si bien León menciona que en algunos aspectos es un tanto exagerado, también reconoce que en términos generales es un discurso verdadero, y, sobre todo, que está lejos de ser lo general de la nación, pero pudiera tener razón

Las mujeres de clase proletaria, ven su embarazo con la mayor indiferencia. Siguen entregadas á penosas tareas; moliendo, lavando, alzando objetos pesados; para proveer á sus necesidades. Consultan á las comadres y parteras (?) quienes después de mil prácticas y consejos empíricos (bebidas, oraciones, vendajes y aun en conjuros &) suele ministrarles el *zihuatlpatl*, la ruda y aun el cuernecillo de centeno⁴⁴, (á dosis pequeñas para preparar el parto (?); generalmente con la mayor buena fé, pero siempre con el mayor mal posible. Todo esto por supuesto, sin que las condiciones [sic] higiénicas sean mejoradas (1910, p. 159).

Para redondear los puntos antes expuestos, haré un pequeño balance de elementos que considero son relevantes para futuras referencias. El siglo XIX constituye un periodo de renovación para la medicina; el descubrimiento de elementos básicos como la asepsia, la antisepsia o los analgésicos, aunados al desarrollo de novedosas formas de entender lo que nos rodea –como la teoría microbiana–, promovieron la generación de reflexiones basadas en las demostraciones experimentales. En México, hay al menos 3 elementos muy claros que permitieron la conformación de la medicina científica mexicana: 1) la inclinación del gobierno por la ciencia; 2) la doctrina positivista; y 3) el nacionalismo mexicano.

Esta serie de componentes se pusieron en juego a lo largo del siglo, con mayor o menor grado de incorporación, en especial al momento de confrontar una realidad que escapaba a los proyectos de desarrollo, pues, resulta evidente que el tipo de normativas implementadas, así como los juicios o los castigos no lograrán desenvolverse de la misma manera dentro de las ciudades que en las localidades rurales. Justamente este fue uno de los

tratándose de ciudades como la de México o de algunas otras grandes ciudades de la república (León, 1910, p. 160).

⁴⁴ *Claviceps purpurea*. Hongo que afecta distintos tipos de cereales, principalmente el centeno. Una de las enfermedades causadas por la intoxicación derivada del consumo de este hongo es el ergotismo convulsivo, cuyos síntomas son: espasmos, convulsiones y alucinaciones; estas manifestaciones de la intoxicación provocaron que diversas personas fueran acusadas de brujería, entre ellas algunas curanderas y comadronas quienes empleaban el cornezuelo para acelerar el parto o prevenir hemorragias. A partir de estos antecedentes, en el siglo XX, se desarrollaron investigaciones químicas que identificaron la presencia de algunos alcaloides en el *claviceps purpurea*, particularmente la ergometrina, la cual se utiliza para que el útero vuelva a su tamaño normal y evitar hemorragias (Quesada y Ortega, 2011, p. 25).

puntos importantes sobre los que se movió la partería profesional, como lo demuestra Carrillo, pues, para inicios del siglo XX la mayoría de las parteras tituladas se encontraban en la ciudad de México, y al poco tiempo, en 1911, a partir de la creación de la carrera de enfermería, la Escuela Nacional de Medicina puso como requisito para ser partera el recibirse antes como enfermera, con lo que a partir de entonces muchos médicos comenzaron a ver a las parteras como enfermeras especializadas (1999, pp. 186-187).

Este fenómeno puede quedar más claro con el siguiente ejemplo

Dolores Román —india pura y primera partera en jefe de la Casa de Maternidad de la ciudad de México— fue la primera en hacer la versión por maniobras externas del feto en un hospital. La prensa médica propagó después la noticia de que la había hecho «bajo la dirección» del médico Martínez del Río, e incluso atribuyó a los tocólogos mexicanos la «invención» de esa maniobra⁴⁵ ([Ramos]), que en realidad hacían las parteras indígenas desde la época prehispánica, y aún realizan actualmente (Carrillo, 1999, p. 174).

Quiero mencionar brevemente, la investigación realizada por Ana Cristina Rosado (2012), la cual, aunque se encuentra ubicada en la primera mitad del siglo XX, de cierta forma condensa el desplazamiento de la partería, mismo que se venía gestando desde tiempo atrás, pero que en la consolidación de los gobiernos posrevolucionarios encuentra los medios necesarios para acelerar el proceso, al menos en la Ciudad de México. La autora toma como punto de partida el año de 1931, ya que en éste tendrán lugar dos sucesos importantes, el primero de ellos es la Promulgación del Nuevo Código Penal; el otro, será la creación de la Sociedad Eugénica Mexicana para el Mejoramiento de la Raza. La importancia de esta sociedad reside en que le confieren a la maternidad un lugar preponderante dentro de los mecanismos que se empleaban para lograr el mejoramiento de la humanidad, por lo que al ser parte importante de los proyectos nacionalistas se intentaba controlar la salud reproductiva de las mujeres, especialmente el parto, para de esta forma evitar la mortalidad materna e infantil. Por lo tanto, a las parteras “se les consideraba como mujeres ignorantes e

⁴⁵ La autora hace referencia a que los datos mencionados en el caso aparecen son originalmente en la obra de Ramos, Manuel (1879), “Versión por maniobras externas”, en *La Escuela de Medicina*, 1, nums. 3, 6, 7 y 10; 3-5, 4-6, 9-10 y 7-9.

imprudentes que atentaban y transgredían en contra del orden penal y el ideal de mujer y maternidad de la época, en especial en los casos de aborto o partos con consecuencias fatales” (Rosado, 2012, p. 1).

Asimismo, los médicos eugenistas estaban convencidos de que la herencia era la forma en la que se propagaban problemas como el alcoholismo, la prostitución, entre otros, por lo que resultaba necesario educar a la población en las prácticas más básicas de higiene y sanidad. En este sentido, la generación de conciencia sobre estas problemáticas fue uno de los aspectos centrales de su actividad, por lo que se exhortaba a la población a que acudiera a las “instituciones de salud y que dejaran de acudir a ‘charlatanes’ ya que ponían su salud en peligro” (Rosado, 2012, p. 44), razón por la cual se intentó instalar centros de salud gratuitos, en donde los estudiantes atendieran a la población. Estas propuestas se cristalizaron con la creación del Seguro Social en 1943 (Rosado, 2012, p. 44).

Por otro lado, Rosado señala que la persecución e invalidación de las parteras tradicionales quedó concretada en 1945 cuando entró en vigor el Reglamento General de Profesiones, el cual:

estipulaba un listado de profesiones que sólo podían ser ejercidas con un título expedido por alguna institución de estudios superiores, entre los cuales se consideraba por primera vez, en estos términos, a la partería y a la enfermería. Así, a partir de este año quien ejerciera los oficios o profesiones señalados sin haber obtenido este reconocimiento podría ser castigado penalmente (Rosado, 2012, p. 2).

De este modo, las parteras tradicionales se encuentran una vez más subordinadas por la biomedicina, por lo que coincide con Ravelo sobre el hecho de que la usurpación de la figura de la partera se fundamentó en el menosprecio de sus saberes, así como de ellas como personas; ello al tiempo que sucede una apropiación del conocimiento por parte del sistema biomédico, fundamentada en las perspectivas científicistas, mismas que colocaron la figura masculina, o más puntualmente, la visión médico-masculina en el centro de una serie de relaciones que se han construido de forma desigual. Este fenómeno actualmente se ha traducido en diversas prácticas de subordinación como lo son la violencia obstétrica, la

hipermedicalización de procesos fisiológicos, así como la generación de discursos de promoción del miedo a parteras y mujeres (Ravelo, 2019, pp. 77-78).

Contexto Normativo de la Partería Tradicional

En este apartado se retoman las políticas, convenios y recomendaciones que generaron diversos organismos internacionales en torno a la labor de la partería tradicional. Uno de los aspectos a destacar es el concerniente a la atención del parto de forma humanizada, de calidad y con pertinencia cultural, relacionado de forma importante con la población indígena⁴⁶. Por otro lado, en contraposición con el punto anterior, se encuentran las diversas recomendaciones que se encargan de regular y condicionar dicha aplicación. Este conjunto de convenios, al ser aceptados y, en ciertos casos, ratificados por México, guían algunas de las políticas planteadas en el país.

Convenios y Recomendaciones Internacionales

Como mencioné en el primer capítulo, una de las características estructurales del Modelo Médico Hegemónico es su legitimación por parte del Estado, sin embargo, ésta no se circunscribe a la cuestión nacional, sino que también es legitimada por organismos internacionales como la OMS, la cual es la autoridad en salud a nivel mundial. Precisamente es a través de la intervención de estos organismos que se plantean diversas soluciones a los principales problemas de salud que aquejan a la población; para el caso de la salud materna, estas intervenciones han restringido cada vez más las prácticas de las parteras, pues apelan a la eficacia y rapidez de la biomedicina descartando otras formas de atención que resultan complementarias.

Éste no es un proceso lineal, ni homogéneo, sino que responde y se transforma según los intereses y preocupaciones imperantes en el momento, al respecto Argüello-Avendaño y Mateos-González (2014) señalan la manera en la que los organismos internacionales han ido cambiando el discurso sobre la partería tradicional, lo que se traduce en la elaboración de

⁴⁶ En la Ciudad de México los sujetos de estos derechos internacionales y nacionales corresponden a los denominados pueblos y barrios originarios, así como a las comunidades indígenas residentes, en este sentido se debe señalar que las cuatro parteras que han podido ser contactadas pertenecen a dichos pueblos.

distintas recomendaciones, las cuales, al principio se centraban en la capacitación de parteras tradicionales, sobre todo en los espacios en donde no hubiera personal de salud; paulatinamente, se ha dejado de lado la partería tradicional abogando por la formación de parteras profesionales; pese a ello, algunas veces se retorna a la partería tradicional, principalmente como vínculo entre las usuarias y los servicios de salud.

Comenzando a hablar de los documentos emitidos, uno de los iniciales es el *Primer Informe del Comité de Expertos para la formación profesional de parteras* (1955); de manera general, este documento plantea la importancia del adiestramiento a parteras, indicando que el tiempo de formación tiene que ser de aproximadamente tres años y culminar con un examen; destaca el hecho de que la intención de formar parteras se enfoca en brindar atención en zonas rurales. Un poco más de diez años después, en 1966 se elabora otro informe técnico por parte del mismo Comité, en el cual se define a la partera como la persona capacitada (profesional) para el ejercicio de la partería, por lo cual se centra en el papel de ésta para el aumento de los servicios hospitalarios y la disminución de los riesgos. En lo relativo a las parteras tradicionales, es retomado de manera muy breve, pero lo que quiero destacar es la definición de comadrona tradicional que presentan:

son esas personas a veces iletradas y con frecuencia carecen de toda instrucción obstétrica, pero que conocen bien las costumbres populares en cuanto se refiere a los cuidados que han de darse a la madre y al niño, y suelen ser uno de los miembros más respetados de la colectividad (OMS, 1966, p. 17).

En la cita anterior, si bien se reconoce el papel de la partera en la comunidad, también se señala que carece de instrucción obstétrica, esto resulta cierto si lo tomamos en el estricto sentido biomédico, es decir, no poseen los mismos conocimientos o la misma formación académica que una partera profesional o un gineco-obstetra, sin embargo, se invisibilizan los saberes que las propias especialistas tradicionales poseen a través del aprendizaje con otras parteras y, sobre todo, aquellos derivados de su experiencia. Es así que se señala la utilidad de la partería tradicional sólo en donde los servicios de salud son insuficientes, siempre y cuando haya vigilancia sistemática de los cuidados de la comadrona, además se sugiere que

“las autoridades sanitarias deberán llevar un registro de las comadronas tradicionales que ejercen en la zona de su competencia” (OMS, 1966, pp. 17-18).

Posteriormente, se produce la Declaración de Alma-Ata (1978), la cual tiene como objetivo proteger e impulsar la salud de los diversos pueblos del mundo, promueve la atención primaria a la salud, no sólo a través de los servicios de salud proporcionados por el Estado, sino también a partir de la participación de la población, razón por la cual incluye en algunos párrafos la importancia de la contribución que los médicos tradicionales y parteras en conjunto con el personal de salud pueden hacer para mejorar la salud de la población, en este sentido, señala que la atención primaria:

7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad (OMS, 1978, p. 5).

Asimismo, en el apartado de Aspectos Operativos de la Atención Primaria de Salud, menciona que en algunas sociedades, los curanderos y parteras tradicionales tienen gran relevancia social, por lo que llegan a influir en las prácticas de salud de la localidad, motivo por el cual pueden llegar a ser colaboradores fundamentales en la organización para la mejora de salud de la comunidad, ya que la población podría designarlos para la prestación de atención primaria, por lo tanto se debe considerar la posibilidad de incorporarlos a estas acciones (OMS, 1978, p. 73). En este mismo sentido, el Convenio 169 de la OIT (1989), indica que los servicios de salud deben ser organizados a nivel comunitario, por lo tanto, se deben planear y administrar en conjunto con los pueblos, además de “tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales” (CDI, 2003, p. 15).

Posteriormente, la OMS publica la *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*, documento que después fue revisado, actualizado y editado como *Estrategia de*

la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023, con la finalidad de participar y apoyar a los gobiernos para la incorporación de la medicina tradicional a su sistema de salud nacional, incluida la partería. De igual forma, propuso la *Iniciativa: Salud de los pueblos indígenas. Lineamientos estratégicos y plan de acción 2003-2007* y *La salud de los pueblos indígenas de las Américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos* (2007); ambos plantean la importancia de abordar la atención a la salud con enfoque intercultural, reconociendo e incorporando, en la medida de lo posible, las perspectivas y recursos humanos, terapéuticos y estrategias propias de los diferentes pueblos. Por otro lado, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reconoce, en la *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas* –aprobada en 2007–, el derecho de los pueblos indígenas a recibir atención con pertinencia cultural, señalando en el Artículo 24 que: “Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital” (ONU, 2008, p. 10).

Particularmente para el caso de las parteras tradicionales, en 1993 la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (siglas en inglés UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (siglas en inglés UNICEF), elaboraron una declaración conjunta en donde mencionan lo que entienden por parteras tradicionales, aquí quiero resaltar dicha definición pues plantean que: “una partera tradicional es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales” (OMS, 1993, p. 5); asimismo, señalan que una partera adiestrada es: “una partera tradicional PT [...] que ha seguido un cursillo de adiestramiento en centros modernos de asistencia sanitaria para mejorar su competencia. El periodo efectivo de adiestramiento no suele pasar de un mes, aunque a veces se prolonga durante más tiempo” (OMS, 1993, p. 5). Es importante tener en cuenta estas definiciones pues nos guían sobre la forma en la que las instituciones entienden y pretenden que sea la interacción con las parteras tradicionales.

A partir de que diversos países reconocieron que los servicios de salud no eran suficientes para disminuir la mortalidad materna en su territorio, se recurrió a las parteras tradicionales, por lo que se empezaron a implementar cursos de adiestramiento, en este sentido, el objetivo de la declaración conjunta era:

Aclarar las funciones actuales y las posibilidades de la PT en el campo de la salud materno infantil y la planificación familiar, identificar los problemas que plantean el adiestramiento y el ejercicio profesional de las PT y poner de relieve las ventajas y las limitaciones de los programas destinados a ese personal a fin de poder llevar a la práctica una política dinámica de asistencia sanitaria (OMS, 1993, p. 4).

Este documento estaba dirigido principalmente a los encargados de formular las políticas concernientes a la partería tradicional, siempre tomando en cuenta las condiciones de cada país y sopesando los “problemas, recursos y factores socioculturales” (OMS, 1993, p. 4), incluyendo los deseos de las familias y de las parteras tradicionales. De la misma forma, la iniciativa *Reducir los Riesgos del Embarazo* (2000) —la cual derivó en la creación de un departamento especial dentro de la OMS—, además de referirse al mejoramiento de los servicios de salud y la vinculación entre el personal de salud y las mujeres, hace especial énfasis en el papel activo que deben tomar las mujeres, los hombres, las familias y la comunidad, ya que a partir del desarrollo de sus “capacidades para la salud y la elección de alternativas, se puede mejorar la salud materna e infantil. A partir de esta iniciativa, se elaboró la propuesta *Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal* (2010), cuya finalidad es conocer el papel que la iniciativa *Reducir los Riesgos del Embarazo* ha tenido, así como las estrategias para el futuro trabajo con los individuos, a fin de seguir mejorando la salud materna y neonatal. En este caso, sí habla de la importancia de las parteras en la comunidad, sobre todo como vínculo con el sistema oficial de salud, inclusive integra una lista de “posibles funciones de las parteras tradicionales” (OMS, 2010, p. 26), entre las que se encuentran:

1. Abogar por satisfacer las necesidades de salud materna y neonatal.
2. Animar a las mujeres para que recurran a la atención esencial prenatal y reciban atención calificada durante el parto.
3. Apoyar a las mujeres y recién nacidos en el autocuidado y la observación de recomendaciones.

4. Difundir en la comunidad y las familias información concerniente a la salud.
5. Dar apoyo social durante el parto y después de éste, como acompañante o cuidando del hogar mientras la mujer está lejos.

Por el contrario, en algunos informes presentados por el UNFPA (2004 y 2011) se ha privilegiado la atención universal del parto por personas calificadas, ya que, según el informe, los datos recopilados indican que en los lugares en donde ha disminuido la mortalidad materna ha sido porque se ha fortalecido el papel de las parteras profesionales. En este sentido, se hace énfasis en el riesgo como elemento intrínseco al embarazo y el parto; en otras palabras, se plantea el hecho de que, si bien no todos los embarazos son de alto riesgo, se exaltan los motivos de peligro por mínimos que éstos sean, situación que termina resaltando la importancia de contar con personal calificado. En este punto es importante señalar la diferencia que priva entre personal capacitado y calificado, la capacitación hace referencia a que, aunque la persona haya recibido cursos, no hay garantía de la adquisición de conocimientos, competencia y aptitudes para atender el parto; por otro lado, el personal calificado, además de poseer los conocimientos y aptitudes, se mantiene actualizado en el uso de éstas, cuestión por la cual las parteras tradicionales no están incluidas como personal calificado, aunque hayan sido capacitadas.

En lo relativo a las capacitaciones a parteras tradicionales, identifican diversas problemáticas, entre ellas: la falta de investigaciones fiables que demuestren los beneficios para la disminución de la mortalidad materna; la carencia de conocimientos necesarios para hacer frente a las complicaciones a pesar de la capacitación; finalmente, el ámbito en donde se encuentran las parteras pocas veces resulta propicio para la derivación de las embarazadas a los establecimientos de salud. Con estos argumentos, apuntan que la inversión en estrategias para capacitar, retrasa la gestión para asegurar que todos los partos sean atendidos por personal capacitado.

Con esto en mente, algunas otras recomendaciones y estrategias sugieren que la participación de las parteras se facilite sólo en contextos en donde existan programas de partería eficaces; por ejemplo: las *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva* (2018) mencionan que las parteras pueden fungir como impulsoras de la continuidad asistencial en estos contextos específicos (OMS,

2018, p. 8). Es necesario señalar que la misma OMS ha establecido algunas estrategias para fortalecer las políticas dirigidas a la salud sexual y reproductiva, tal es el caso del *Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer las políticas y programas de salud sexual y reproductiva* (2007), en donde precisamente menciona la importancia de tomar en cuenta el contexto social, cultural, económico y político, además de las necesidades, perspectivas y derechos de las personas, entre otras variables.

Políticas y Recomendaciones Nacionales

En México, desde el 2001, se reconoce en el artículo 2 Constitucional la conformación pluricultural del país, asimismo, en el apartado B del mismo artículo señala la responsabilidad del Estado en la ampliación de la cobertura de los servicios de salud aprovechando debidamente el uso de la medicina tradicional; estas modificaciones implicaron que en el *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006* se diera mayor peso a la población indígena, lo cual derivó en que en el *Programa Nacional de Salud* se incorporara la perspectiva intercultural con que debían contar los prestadores de los servicios de salud, además de la importancia de fortalecer la complementariedad entre la medicina tradicional y la biomedicina. De manera particular, se elaboró el *Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas*, en donde se reconoce la importancia de las parteras, sobre todo en las localidades rurales y alejadas, de esta forma, se pretende realizar diagnósticos situacionales de los médicos tradicionales y parteras, además de impulsar los programas de capacitación a parteras, entrega de equipos mínimos para estas especialistas, y el fomento de foros de intercambio de experiencias y la auto-regulación de las prácticas tradicionales (Secretaría de Salud, 2001, p. 35). Es a partir de estas metas y objetivos que en el 2002 se crea la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, la cual elabora diversos manuales y guías, para –según sus palabras– “fortalecer el trabajo de las parteras”, una de ellos es: *La guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*, la cual tiene como objetivo ofrecer seguridad jurídica a las parteras tradicionales, aprovechando el reglamento de atención médica. La guía está enfocada a las especialistas que participan en las redes de servicios de la Secretaría de Salud y en lo que anteriormente se conocía como IMSS-Oportunidades; cabe destacar que, en el texto primero se hace una revisión del reglamento

mencionado, se señalan las actividades que les están permitidas realizar a las parteras y las que no, así como los requisitos para llevar a cabo los cursos de capacitación, tanto del lado de la Secretaría de Salud como de las parteras, las cuales deben ser: 1) mayores de edad, 2) saber leer y escribir, 3) reconocimiento de sus actividades sobre la materia y lo demás que señale la Secretaría (s.f. c, p. 7); asimismo, para ser reconocidas como “personal de salud no profesional”, se les solicita elaborar una carta de solicitud de trámite de autorización y adjuntar documentos como: la constancia de capacitación, acta de nacimiento, identificación oficial y un aval de la comunidad en donde la comunidad se le reconozca como partera tradicional.

Por otro lado, la misma Dirección, redactó el *Fortalecimiento de los servicios de salud en la atención a las mujeres indígenas con parteras tradicionales* (s.f. b), dirigido principalmente al personal directivo y operativo del sistema de salud, el cual contiene diversas consideraciones y lineamientos, entre los que podemos destacar: 1) la obligación que tiene el personal de conocer el marco normativo y de derechos humanos, 2) garantizar las condiciones para que las mujeres que lo deseen se atiendan con parteras tradicionales, 3) que no se condicionen los programas de gobierno a las mujeres que elijan atenderse con parteras, 3) establecer acciones de capacitación para las parteras y promover su autorización por la Secretaría de Salud y 4) crear las condiciones para la enseñanza de nuevas parteras tradicionales.

Además, elaboró un manual para los *Encuentros de enriquecimiento mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales*, en el cual se reconoce la posición subordinada en la que ha estado la partería respecto a la biomedicina, por lo que propone que los encuentros entre las parteras y los médicos, enfermeras y personal directivo se establezcan de manera horizontal, con perspectiva intercultural y aceptando que cada uno posee conocimientos diferentes al otro y que ambos favorecen la atención de la salud materna.

Por otra parte, en 2016 se realizaron reformas a la *Ley general de salud* y a la *Norma Oficial Mexicana 007* (NOM-007-SSA2-2016); el artículo 64 de la ley de salud establece que se deben tomar acciones para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales para la atención del e/p/p. De la misma forma, la NOM 007 señala en sus disposiciones generales que las instituciones deben capacitar a las parteras para la identificación de complicaciones, además de proveer facilidades para la referencia y el acompañamiento de la

embarazada a los establecimientos de salud; asimismo, apunta que los partos de bajo riesgo de término pueden ser atendidos por parteras tradicionales capacitadas; también hace énfasis en que la atención del parto debe ser con pertinencia cultural y respetuosa, dejando que la mujer decida sobre la posición en la que desea parir, siempre y cuando exista la infraestructura necesaria.

En 2017, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) emite la *Recomendación General N° 31/2017 Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*, la cual en su quinta recomendación establece la implementación eficaz de las políticas relacionadas con la partería tradicional, así como tomar las medidas necesarias para fortalecer la vinculación de las parteras al Sistema Nacional de Salud, a partir de la elaboración de un entorno jurídico que permita el respeto y ejercicio de la partería, reconociendo las aportaciones, la práctica y el desarrollo de la medicina tradicional de manera adecuada, además de que la capacitación que reciban las parteras sea constante, actualizada y siempre tomando en cuenta sus usos y costumbres.

Además propone algunas medidas, entre las que se encuentran: destinar espacios adecuados en los hospitales para que las parteras puedan acompañar a las mujeres embarazadas; impartir cursos y talleres de sensibilización dirigidos al personal médico sobre la importancia de la partería; proporcionar a las parteras los instrumentos necesarios para que presten sus servicios en buenas condiciones; asegurar que el material provisto en los cursos de capacitación sea culturalmente adecuado; y, finalmente, implementar mecanismos de sistematización de resultados y beneficios de la partería (CNDH, 2017, p. 82). En este sentido, también es importante señalar los comunicados de prensa de la CNDH, como resultado de los seminarios titulados: *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica* (19 de mayo 2017) y *Partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como un derecho cultural, en el marco del día internacional de la partera tradicional* (5 de mayo 2018); en dichos comunicados se reconoce el valor de la partería tradicional, así como se hace un llamado a valorar los saberes de los pueblos rurales e indígenas y demandar una regulación jurídica adecuada para el libre ejercicio de la partería.

Es fundamental señalar que, en la Conferencia Matutina del 6 de septiembre de 2022, Hugo López-Gatell, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, comentó que se estaba realizando un anteproyecto para generar una Norma Oficial

Mexicana sobre partería tradicional y comunitaria, debido a que el Marco Jurídico actual no resulta suficiente para promover y proteger a la partería. Desde la perspectiva de la Secretaría de Salud, además del reconocimiento y respeto a las especialistas tradicionales, con esta Norma se pretende priorizar la atención de la población discriminada a través del reconocimiento de los saberes de los pueblos originarios, para de esta forma contribuir a la eliminación de las brechas sociales y de género, además de defender los derechos reproductivos. En este sentido, el Subsecretario señaló dos ejes rectores: el primero de ellos reconocer la diversidad étnica, cultural y social; y, el segundo, el respeto al derecho de las embarazadas y su familia, tomando que el embarazo es una situación natural, así como la vinculación con otros servicios.

Cabe mencionar que el 14 de marzo 2023 las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos, Segunda, de la Cámara de Senadores publicó el dictamen al Proyecto de Decreto para reformar diversos artículos de la Ley General de Salud, en materia de: “Partería tradicional en calidad de patrimonio cultural de los pueblos y comunidades indígenas, afromexicanas y equiparables”, presentado en el pleno del Senado el 14 de diciembre 2021, el cual fue declarado procedente y turnado a la Cámara de Diputados, dicho proyecto fue presentado en el pleno del Senado el 14 de diciembre 2021.

De manera general, las modificaciones apuntan al reconocimiento, protección y respeto a los métodos, prácticas y recursos curativos, así como a las personas que ejercen estos saberes y prácticas, incluidas las parteras tradicionales, en un marco de dignidad, libre determinación y autonomía. De la misma manera, se reconoce el derecho de las mujeres a la elección de la atención brindada por las parteras tradicionales, con el pleno respeto a su cultura. Asimismo, señala que la formulación y desarrollo de programas locales de salud, debe ser con la participación activa de la población, con pleno respeto a sus medicinas tradicionales, además de garantizar el acceso real y oportuno a la ciencia y la tecnología. Por otro lado, menciona que la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, debe proporcionar el apoyo necesario a las parteras tradicionales sin condicionamientos o certificaciones, en ese sentido el reconocimiento comunitario resulta suficiente. Finalmente, se le agregan algunos elementos referentes a la expedición de certificados de nacimiento, con adecuaciones culturales para facilitar el acceso a ellos y además que no haya obstáculos para el registro de los recién nacidos.

Políticas en la Ciudad de México

En lo concerniente a la Ciudad de México, con la reciente adquisición de su autonomía, el 5 de febrero de 2017 se promulgó la Constitución Política de la Ciudad de México, la cual entró en vigor el 17 de septiembre de 2018; en ella se reconoce la interculturalidad de la ciudad y su composición plurilingüe, pluriétnica y pluricultural, lo cual implica también el uso de la medicina tradicional y la partería, pues en el *Artículo 59. De los derechos de los pueblos y barrios originarios y comunidades indígenas residentes*, en su Apartado *H. Derecho a la salud*, Fracción 2 y 3, menciona el derecho que tienen estos pueblos a hacer uso libre de sus prácticas de salud, sanación y medicina tradicional, así como el reconocimiento y apoyo a los médicos tradicionales a través de escuelas de medicina y partería.

El 20 de diciembre de 2019, el Congreso de la Ciudad de México elaboró el Decreto por el que se expide la *Ley de derechos de los pueblos y barrios originarios y comunidades residentes en la Ciudad de México*, la cual señala que los sujetos de derecho en la Ciudad de México, de las leyes y normas en materia indígena, son los pueblos y barrios originarios y las comunidades indígenas residentes; cabe señalar que los pueblos originarios son definidos en el Artículo 7 de la misma ley como:

[...] aquellos que descienden de poblaciones asentadas en el territorio actual de la Ciudad de México desde antes de la colonización y del establecimiento de las fronteras actuales y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, sistemas normativos propios, tradición histórica, territorialidad y cosmovisión, o parte de ellas.

Para el caso concreto de la medicina tradicional, el artículo 41 establece el derecho a conservar los conocimientos colectivos, entre los que se incluyen los saberes y prácticas para el cuidado de la salud, además de reconocerla como “parte viva, activa y dinámica de los pueblos, barrios y comunidades, con base en los conocimientos ancestrales, su intercambio y su retroalimentación”, en este mismo artículo se reconoce el derecho de los pueblos a

disponer de médicos, parteras tradicionales, curanderos y otros especialistas, además recupera lo establecido en la Constitución de la Ciudad de México sobre el ejercicio de la partería, la formación y enseñanza, con la diferencia de que en este documento sí se especifica que estarán bajo la supervisión de la Secretaría de Salud, aparte de encomendarle a dicha institución, con la colaboración de los médicos tradicionales, la constitución de un registro de los diversos especialistas y el establecimiento de los lineamientos y criterios para su reconocimiento.

Por otro lado, la *Ley de Salud del Distrito Federal*, desde el 2009, en sus Artículos 100 y 101, reconoce el derecho de los pueblos y comunidades indígenas al uso de sus prácticas medicinales, así como también se promueve la recuperación e investigación en torno a la medicina tradicional, además de la participación de la población en las políticas públicas dirigidas a ellos. En otro sentido, para la atención al parto, la *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del Distrito Federal* adicionó la definición de parto humanizado –en donde además de reconocer el derecho de las mujeres a tener durante el parto y puerperio una atención basada en el respeto a sus derechos humanos, dignidad, integridad y libertad– también reconoce la importancia de la pertinencia cultural y los aportes de la partería tradicional y otras formas de atención.

Pronunciamientos de las Organizaciones de Parteras Tradicionales

Como forma de respuesta a las normativas antes señaladas, y como manifestación de las experiencias negativas vividas por las parteras, diversas organizaciones han elaborado múltiples Pronunciamientos, sin embargo, me gustaría señalar los más recientes debido a que han sido construidos en conjunto por parteras tradicionales de diferentes entidades federativas e inclusive de otros países –Guatemala, Brasil, Colombia, Argentina y Perú–. Si bien, la mayoría de las participantes no pertenecen a la Ciudad de México, es importante mencionarlos debido a que, a partir de estos, las parteras toman una postura política frente a la situación que viven, sobre todo en fechas recientes cuando se pretende elaborar una nueva norma respecto a la partería tradicional.

Entre las organizaciones participantes de estos Pronunciamientos se encuentran: el Consejo de Abuelas Parteras Guardianas del Saber Ancestral de México, el Consejo de

Abuelas Parteras Guardianas del Saber Ancestral de las Américas, Nueve Lunas-Oaxaca, *Kinal Antzetik* Distrito Federal A.C., Manos Unidas, Guerrero, Movimiento Nacional de Comadronas *Nim Alaxik Mayab*, Movimiento de Parteras de Chiapas *Nich Ixim*, Asociación civil *M'im T'sabal*, *Ikoods Mondüy Moniün Andeow* de San Mateo del Mar, Casa de la Mujer Indígena “Nellys Paloma Sánchez, sólo por nombrar algunas. Así como parteras independientes de Chiapas, Morelos, Estado de México, San Luis Potosí, Guerrero, Baja California, Ciudad de México, Quintana Roo, Yucatán, Querétaro, Oaxaca, Puebla, Michoacán y Veracruz.

Es importante mencionar que algunos de los antecedentes, que permitieron el desarrollo de estos documentos realizados por las parteras, son los encuentros y foros que se han llevado a cabo en diversos estados de la República Mexicana, incluida la Ciudad de México; sin embargo, es hasta 2018 que se hacen públicos los primeros Pronunciamientos, situación que se ha intensificado a partir de la declaración del Subsecretario Hugo López-Gatell sobre la elaboración de un anteproyecto de la NOM concerniente a la partería.

Uno de los primeros fue el emanado del Foro “Partería, cultura, ancestralidad y derechos”, llevado a cabo en Oaxaca en enero de 2018, señala que la situación de discriminación, invisibilización y exclusión de la partería es una de las principales causas en torno a las que se mantienen las dinámicas de subordinación y control sobre el ejercicio de la partería. En este sentido, advierte el riesgo de desaparición en el que se encuentra esta labor, lo cual es una consecuencia del despojo de los saberes tradicionales, las amenazas y la persecución hacia las parteras. Asimismo, denuncia que a las mujeres se les infunde miedo, argumentando que el parto es un suceso peligroso que debe ser atendido en el ámbito hospitalario, ya que la partería, desde la perspectiva biomédica, es una práctica insegura. Por otra parte, declaran que estas acciones mencionadas son una violación a los derechos colectivos y culturales.

En este mismo documento se da cuenta de la situación de violencia de género y control sobre el cuerpo que viven las mujeres cuando, a través de los discursos institucionales y gubernamentales, se les limita y niega el derecho a decidir sobre sí mismas y, por lo tanto, sobre el parto. De igual manera, otro de los argumentos presentados es que el derecho a la identidad de los niños es violentado cuando se obstaculiza el acceso a los certificados de

nacimiento, práctica que ha demostrado ser bastante común cuando el parto es atendido por una partera.

Con relación a la partería, las exigencias plasmadas en el pronunciamiento son: la visibilización, valoración, respeto, protección, preservación, fortalecimiento y libre ejercicio de la partería; la autonomía de las parteras y el reconocimiento de sus saberes como legítimos y verdaderos, así como ellas reconocen los límites y campos de acción de la partería tradicional; igualmente se les solicita a las instituciones el acceso a los certificados de nacimiento para que ningún recién nacido se quede sin éste, independientemente de quién haya atendido el parto. Por otro lado, las parteras se comprometen a promover el cuidado integral propio y el mejoramiento de sus condiciones de vida para prestar plenamente sus servicios a la comunidad; a transmitir sus conocimientos conjuntamente con la generación de espacios de diálogo, intercambio de experiencias y aprendizaje; y a seguir con la promoción y defensa de los derechos humanos.

Como continuidad al Pronunciamiento mencionado, los días 25 y 26 de junio 2019 se llevó a cabo una reunión en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, en la cual se realizó la “Agenda por la defensa y la promoción de la Partería Tradicional en México”, en ésta se establecieron algunas exigencias al Estado mexicano:

1. Reconocimiento de la partería tradicional como forma de atención culturalmente respetuosa, no violenta y segura.
2. Libertad de ejercer la partería sin amenazas y prohibiciones, cumpliendo lo establecido en los marcos normativos nacionales e institucionales.
3. Expedición de constancias de alumbramiento sin ser condicionadas y que en los certificados se registre fielmente los partos atendidos por parteras.
4. Derecho a la protección, conservación y transmisión de conocimientos ancestrales, así como el reconocimiento de la partería como un derecho cultural.
5. Que se respete y garantice el derecho de las mujeres a ser atendidas de acuerdo a sus creencias y costumbres, con quién, en dónde y de forma segura, sin condicionamientos.
6. Servicios de salud de calidad e integrales, pertinentes, respetuosos y sin discriminación, así como, garantizar el acceso a los servicios en lugares alejados.

7. Respeto a la autonomía y libre autodeterminación.
8. Respeto y reconocimiento como interlocutoras, así como la no criminalización de las organizaciones de parteras, terapeutas tradicionales, asociaciones civiles y grupos que luchan por la protección, defensa y revitalización de la partería.
9. Estímulo económico sin condicionamientos para las parteras que lo consideren conveniente, además de que las instituciones de salud garanticen las condiciones para el ejercicio de la partería.

Posteriormente, en agosto de 2022 se dio continuidad a las reuniones de parteras para darle seguimiento a la construcción de la “Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional en México”, cabe puntualizar que, en esta ocasión, la reunión se llevó a cabo dentro del contexto de la COVID-19, por lo que señalan la importancia de los saberes y prácticas de las parteras para las comunidades, ya que observaron un incremento en el número de partos atendidos derivado del sobre-saturamiento de los hospitales, además del temor a un posible contagio, lo que se traduce en diversas carencias de los servicios de salud durante la pandemia. En este comunicado, se enfatizaron algunos puntos ya mencionados y se le agregaron algunos más:

1. Ante las declaraciones del Subsecretario López-Gatell sobre la posibilidad de garantizar la partería tradicional, llaman a poder tener acceso a más información sobre la normativa que la sustentaría y de esta forma comprender las implicaciones que tiene para el trabajo de las parteras.
2. Amparadas en los instrumentos internacionales, las parteras declaran querer ser parte de la configuración de las leyes que garanticen el trabajo de las parteras, por medio de la participación y la consulta, pues argumentan que sólo ellas conocen los retos y necesidades a las que se enfrentan.
3. Demandan que cualquier propuesta de ley tiene que tener una base ética y política, que además favorezca las relaciones de justicia social, la interculturalidad, la autonomía de los pueblos originarios; todo bajo prácticas de democracia participativa; así como el aprovechamiento del conocimiento tecnológico y científico para el beneficio del desarrollo de las comunidades.

Después de varias mesas de diálogo entre parteras tradicionales, el 10 de febrero de 2023, la “Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional en México” publica un nuevo Pronunciamiento como respuesta a las declaraciones vertidas en la Conferencia Matutina del 6 de septiembre 2022 sobre la elaboración del anteproyecto para la NOM sobre partería. Dicho documento va dirigido específicamente a las autoridades de la Secretaría de Salud encargadas de la realización de la NOM. En este sentido, señala que las normas oficiales tienen como objetivo normar el funcionamiento y operación del personal del Sistema Nacional de Salud, sin embargo, las parteras tradicionales no forman parte de este sistema, por lo cual una norma no podría ni debería regular el quehacer de estas especialistas tradicionales. Además, menciona que dicha norma violaría los derechos de los pueblos indígenas establecidos en la Constitución Mexicana y en el Convenio 169 de la OIT. Por otro lado, puntualizan que el hecho de que algunas parteras hayan participado en el grupo de trabajo convocado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), de ninguna manera sustituye la consulta previa, libre e informada, que debe llevar a cabo el Estado mexicano para la realización de este tipo de normativas.

En este mismo documento, se hace énfasis en el derecho de las parteras tradicionales a preservar y ejercer sus prácticas sin la regulación de la Secretaría de Salud, por lo que se exige el respeto hacia los saberes, culturas, cosmovisión y decisión sobre el uso de los recursos bioculturales de sus territorios. De tal manera, se propone que haya una reforma al marco jurídico concerniente a la partería tradicional para que se incorporen y garanticen los derechos de los pueblos indígenas respecto a sus saberes y prácticas en torno a la salud.

Asimismo, se le solicita al sector salud que revise la relación con las parteras tradicionales, ya que han sido discriminadas, hostigadas y maltratadas, situación que viola los derechos de las especialistas tradicionales y de las mujeres que acuden a ellas. Como elemento anexo a esta demanda, se exige el cese a la represión y violencia que se ejerce en contra de los pueblos y comunidades indígenas que defienden sus sistemas de salud. El pronunciamiento concluye con la invitación a la colaboración entre el personal de salud y las parteras tradicionales, siempre con el respeto y reconocimiento de cada uno de los saberes, con la finalidad de brindar la mejor atención posible a las mujeres y recién nacidos.

En el Foro Nacional “Defensa de la Partería Tradicional Frente al Anteproyecto de la Norma Oficial”, llevado a cabo el 23 de marzo 2023, se emitió un Boletín de Prensa en donde se declara el rechazo al anteproyecto de la NOM para el ejercicio de la partería tradicional. Una vez más, se indica la falta de reconocimiento a los saberes y prácticas de las parteras, así como la ausencia de vinculación entre los derechos de los pueblos indígenas y las normativas aplicadas por el sistema de salud, el cual discrimina, despoja e impone formas de atención biomédicas; de esta forma, se privilegia la atención biomédica, señalando y desconociendo los diversos saberes y prácticas existentes para el cuidado de la salud. El boletín termina indicando que el nacimiento no es un evento biomédico, sino que está estrechamente relacionado con la cosmovisión de los pueblos indígenas, el cual concibe la salud en sus diferentes ámbitos: físico, espiritual y emocional. También señala la importancia de defender el derecho que tienen las mujeres a elegir en dónde y con quién parir.

En la Ciudad de México, antes de la propuesta de la elaboración de la NOM, el 4 de diciembre 2019, en vinculación entre la Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes (SEPI) y la extinta Red de Parteras y Curanderas de la Ciudad de México *Nonantzin*, se llevó a cabo el Foro “Diálogos sobre los retos institucionales para fortalecer el trabajo de partería tradicional en la Ciudad de México”, en el cual se dieron a conocer las peticiones de las parteras tradicionales que formaban parte de dicha red. En este sentido, se solicitó la revisión y fortalecimiento del marco legal sobre partería tradicional, con la participación de las parteras para la toma de decisiones y construcción de nuevas políticas públicas, para que en estas nuevas leyes se respalden los servicios de las parteras tradicionales a partir de la pertinencia cultural, respetando la diversidad de creencias, las costumbres tanto de parteras como de las usuarias, además de garantizar el derecho a la autonomía y autogestión de las especialistas tradicionales.

Por otro lado, se demandó que los certificados de nacimiento sean otorgados sin condicionamientos y que estos sean recibidos en el Registro Civil; también se solicitó acceso a apoyos económicos para mejorar los espacios de atención de las parteras y para la creación e impulso de casas de parto que tengan vinculación con unidades médicas oficiales; además de estos puntos, se resaltó la importancia de que existan apoyos para la formación de nuevas parteras. Por su parte, las parteras asumieron el compromiso de mejorar sus servicios y sensibilizarse ante las problemáticas que aquejan a la sociedad.

A manera de resumen, las exigencias de las parteras tienen que ver con el reconocimiento y respeto a sus saberes y prácticas; se denuncia la discriminación de la que son objeto y la violación de los derechos humanos, colectivos y culturales, no sólo de ellas, sino también de las mujeres a las que atienden y de los recién nacidos que reciben. Asimismo, se acusa al Estado de elaborar leyes y normativas sobre el ejercicio de la partería sin tomar en cuenta a la población sobre la que van a versar.

Los aspectos desarrollados a lo largo de este capítulo, nos permiten comprender mejor la manera en la que se ha ido configurando la perspectiva sobre la partería tradicional hasta llegar a la actualidad; particularmente en lo que hoy conocemos como la Ciudad de México, hemos visto la forma en la que era percibida la partera durante la época prehispánica, como era mujer de gran respeto y relevancia en varias etapas de la vida social y reproductiva. Posteriormente, con el proceso de colonización, tal parece que las parteras indígenas desaparecieron de la mira, pues los documentos señalados se enfocan en las parteras criollas, mestizas, negras y mulatas. Asimismo, las parteras a las que estaba orientada la formación y el examen de partería no eran las pertenecientes a los pueblos originarios; esta situación indudablemente se acentuó en la ciudad, pues era el centro de la Nueva España, espacio en el que se instauraron y desarrollaron las instituciones que controlaban el quehacer de las personas dedicadas al cuidado de la salud.

El paso del tiempo y la expansión del saber científico no sólo implicaron el desplazamiento de los saberes tradicionales por la biomedicina, sino también la apropiación de una labor predominantemente femenina por los varones, lo que en la actualidad ha derivado en la subordinación de los saberes, así como en la pérdida de la autonomía y del protagonismo de las mujeres en el momento del parto.

Asimismo, el objetivo de hacer un recuento de algunas recomendaciones, normas, leyes y declaraciones es contextualizar la labor de las parteras dentro de un marco jurídico, sin embargo, la intención no es hacer una simple enunciación, sino entender desde dónde son propuestas y por qué resultan insuficientes para el libre ejercicio y uso de la partería, situación que se ve reflejada en los Pronunciamientos mencionados.

Por otro lado, lo primero que quiero resaltar es que, aunque las declaraciones y convenios internacionales, que han sido ratificados por México, señalan la incorporación de la población en la organización de los servicios de salud, ésta ha sido tomada en cuenta muy

pocas veces para la planeación y operación, en otras palabras, promueven iniciativas dirigidas a cubrir las necesidades de la población, pero en la mayoría de las ocasiones no se construyen en colaboración con la sociedad. Un caso significativo de ello se encuentra en el reconocimiento constitucional sobre la composición pluricultural de México, pues ésta se reconoce en términos administrativos, funcionando para la generación de programas que fomenten la interculturalidad en diversas áreas, pero que en la realidad no están subsanando el origen de las desigualdades sociales y culturales, es decir, se habla de interculturalidad funcional (Walsh, 2009). Derivado de esto, surge la necesidad de comenzar a hablar, pero sobre todo de emplear herramientas como la interculturalidad crítica, apuntando a que ésta se construye a partir de la población, para poder transformar las estructuras, instituciones y relaciones que mantienen las desigualdades (Walsh, 2009); si no se plantea de esta manera, aunque se diseñen leyes que pretendan reconocer, proteger e incorporar los saberes y prácticas de la población, éstos aún quedarán subordinados, como es el caso de la partería.

Un ejemplo de la dicha incorporación subordinada aparece de forma puntual en la Constitución mexicana, en donde se señala que los saberes tradicionales deben ser incorporados “aprovechando debidamente el uso de la medicina tradicional”. Estas pocas palabras me ponen a reflexionar y plantearme más preguntas: ¿qué quiere decir esta frase? ¿qué es aprovechar debidamente la medicina tradicional? ¿quién y cómo lo determina? ¿es la población que hace uso de los recursos de su propio sistema de salud? ¿lo determina una institución que pretende enmarcar un sistema de salud diferente a la biomedicina con los parámetros que ésta establece?

Sin duda, son diversas las preguntas que se han generado a partir del avance de la investigación, sin embargo, quiero hacer énfasis en la última de las preguntas recién planteadas y relacionarla con algunos de los puntos establecidos en diversos documentos, porque es en éstos en donde podemos vislumbrar a la biomedicina como MMH, la cual se presenta desde las políticas públicas, ya que, a la vez de respaldarla, también le permite normar. En este sentido, la Secretaría de Salud, como institución rectora, es la que norma y autoriza las prácticas de las parteras tradicionales, al señalar dentro de sus competencias, supervisar las actividades de los médicos tradicionales, establecer las actividades que deben ser del conocimiento de las parteras y llevar a cabo los cursos de capacitación; aquí quiero aclarar que de ninguna manera estoy planteando que no haya colaboración entre ambos o

descartar y desacreditar a la biomedicina, lo que pretendo es señalar la forma en la que ésta se impone a la partería e intenta regularla según sus propios parámetros.

Por ejemplo, pedir que las parteras cumplan con requisitos como saber leer y escribir, que presenten un documento que las avale como parteras tradicionales, así como una carta dirigida al director de medicina tradicional y desarrollo intercultural; cumplir con esta serie de requisitos resulta complicado, en especial cuando muchos especialistas tradicionales provienen de lugares en donde el grado de analfabetismo es muy alto, además de que muchas de las parteras son de edad avanzada, lo que genera diversas complicaciones al momento de intentar satisfacer los mencionados requerimientos, ello suponiendo que se les hayan informado adecuadamente. Otro punto a tener en cuenta, relacionado con las deficiencias estructurales de los servicios médicos, tiene cabida cuando se implementan encuentros de enriquecimiento mutuo o lineamientos para que el personal de salud facilite la atención al parto, si bien este tipo de sucesos pueden generar espacios de diálogo que podrían aprovecharse al ser realizados de forma adecuada, en la práctica sólo se llevan a cabo por ciertos periodos, además de que son proyectos relativamente aislados que carecen de continuidad, a lo que se suma el hecho de que el personal médico que labora en zonas rurales rota de forma constante, por lo que no existe seguimiento de estos encuentros, mismos que, a fin de cuentas, se ven limitados por la asignación de recursos materiales, económicos y humanos (Martínez Villarruel, 2016; Fagetti y Martínez Villarruel, 2020).

En cuanto a la normativa de la partería tradicional y su impacto en las parteras de la Ciudad de México, primero quiero describir en los siguientes capítulos las experiencias de las parteras y usuarias, para elaborar un análisis sobre la forma en la que las especialistas tradicionales se ajustan o no a lo planteado en los documentos señalados.

Capítulo 3. Saberes y Prácticas de las Parteras Tradicionales de la Ciudad de México

La partería tradicional en México está circunscrita mayormente al ámbito indígena o rural; esta situación puede ser identificada en la manera en la que se define a las parteras tradicionales, por ejemplo, la Secretaría de Salud señala que:

Las parteras tradicionales forman parte del sistema de la medicina tradicional. Son personas que pertenecen a comunidades indígenas y rurales y que han sido formadas y practican el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, las cuales se consideran como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica (Secretaría de Salud, s.f. c, p. 11).

Si sólo tomamos en cuenta esta definición, ¿dónde se ubicarían las parteras tradicionales que pertenecen a zonas urbanas? Por otro lado, si recordamos la definición de la OMS, las parteras son personas que han aprendido por ellas mismas o con otras parteras tradicionales, entonces ¿qué pasa con las mujeres que no tuvieron una educación biomédica formal, pero que por diversas circunstancias el primer acercamiento a la atención del parto fue en el ámbito hospitalario y después continuaron su aprendizaje con parteras tradicionales? Ambos casos mencionados plantean algunas de las variaciones que existen sobre la formación y el aprendizaje de estas especialistas, mismas que son, en esencia, producto de la vida en un entorno urbano.

Esta situación causa algunos vacíos tanto a nivel de las políticas públicas, como en el ámbito de las investigaciones sobre partería, de esta forma, planteo que la partera tradicional urbana es la especialista del ciclo sexual y reproductivo de las mujeres y del cuidado neonatal. Al iniciar como parteras en la ciudad y desempeñar su labor en la misma, tienen diferentes formas de obtener sus conocimientos, así como de incorporar nuevas técnicas a su forma de atención, ya sea a partir de la experiencia personal, la transmisión oral e inclusive algunas refieren que sus conocimientos les fueron otorgados por divinidades a través de los sueños; pero también hay quienes primero tuvieron contacto con la biomedicina, por ejemplo, trabajando como ayudantes en los hospitales o como “enfermeras auxiliares”, aunque no

obtuvieron un título, esto las hizo tener nociones sobre cómo atender partos, y posteriormente, a través del contacto con otras parteras, aprendieron técnicas usadas por las especialistas tradicionales, mismas que la biomedicina no utiliza.

A pesar de las diferencias señaladas, hace algunos años se elaboró un censo con el número aproximado de parteras tradicionales en México, el cual incluye a las parteras tradicionales urbanas; no obstante, una de las grandes complicaciones a las que nos enfrentamos aquellas personas que, como en mi caso, hemos optado por realizar investigaciones en torno a esta temática es conocer con exactitud el número de parteras activas en el país. La primera consideración que se debe tener en cuenta sobre este punto es que no todas las parteras tradicionales están registradas; este hecho puede deberse a diversos motivos, ya sea por la falta de comunicación entre las instituciones de salud, pues existe la posibilidad de que la Secretaría de Salud registre a unas, y el IMSS a otras, sin el correspondiente cruzamiento de información; también es posible que algunas no quieran acercarse a los centros de salud u hospitales, por temor a ser regañadas o que se les prohíba ejercer su labor; otro elemento de gran relevancia se vincula con la lejanía de los servicios de salud, entre otras variables.

Con relación a esto, el documento *El estado de las parteras en el mundo 2014: oportunidades y retos para México* indica que hay alrededor de 15,000 parteras tradicionales en toda la República Mexicana (Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, 2014, p. 4); tres años después, en el Seminario: *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica* llevado a cabo en el 2017, el presidente de la CNDH volvió a mencionar este número; sin embargo, en la edición del siguiente año se señaló que la Secretaría de Salud tenía registradas 9,457 parteras en 2011 y 7,900 en 2017. Estas cifras difieren de los datos que solicité al Portal de Transparencia en 2018, cuya respuesta, dada por el CNEGSR –a quien se le turnó mi solicitud–, fue que en México se registran 91,253 parteras tradicionales, número que dista bastante de las cifras dadas en las fuentes de información anteriores. Para el caso de la Ciudad de México, en la misma solicitud mencionada la respuesta fue que en la ciudad había 124 parteras tradicionales.

No obstante, en el Foro: *Diálogos sobre los retos institucionales para fortalecer el trabajo de la partería tradicional en la Ciudad de México*, llevado a cabo el 4 de diciembre de 2019, personal de la jurisdicción sanitaria de Iztapalapa –lugar en donde unos días antes

se había realizado un curso para parteras tradicionales al cual asistieron especialistas de varias alcaldías de la ciudad–, presentó una tabla con los siguientes datos:

Tabla 1. *Número de Parteras en la Cd. Mx. Según Personal de la Jurisdicción Iztapalapa*

Alcaldía	Número de parteras
Iztapalapa	18
Gustavo A. Madero	4
Milpa Alta	5
Xochimilco	3
Coyoacán	2
Miguel Hidalgo	1
Total	33

Fuente: Personal de la jurisdicción sanitaria de Iztapalapa.⁴⁷

Es importante señalar que esta disparidad en las cifras se debe a que, aunque en los cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) correspondiente a los Servicios Otorgados, hay variables como “parteras tradicionales activas”, “parteras tradicionales capacitadas” y “parteras tradicionales informando”, esto no implica que las cifras obtenidas sean equivalentes al número de parteras existentes, debido a que dichas variables se encuentran anidadas dentro de otra categoría nombrada “fuera de la unidad”; este hecho se traduce en que la información recibida únicamente refiere al número de atenciones brindadas por parteras y no, como se solicitó, a las parteras registradas. Por lo cual, considero que las cifras de parteras tradicionales a nivel nacional y de la Ciudad de México, dadas en los seminarios y foros, pueden ser más cercanas a la realidad que las obtenidas en el Portal de Transparencia.

Con respecto al número de nacimientos atendidos por partera, es importante puntualizar que en los registros del área concerniente a “persona que atendió el parto” únicamente existe la opción “partera”, sin especificar si corresponde a partera tradicional o profesional, debido a que el certificado de nacimiento que es de donde se obtienen los datos tampoco hace distinción del tipo de partera que estuvo presente durante el alumbramiento.

⁴⁷ Ponencia presentada en el Foro: *Diálogos sobre los retos institucionales para fortalecer el trabajo de la partería tradicional en la Ciudad de México.*

Tabla 2. Número de Nacimientos Atendidos por Partera

	2018	2019	2020	2021	2022
Total de nacimientos a nivel nacional	1,940,656	1,864,214	1,747,847	1,639,479	1,622,921
N.P. nivel nacional	23,094	23,684	32,816	30,073	25,750
Total de nacimientos en la Ciudad de México	120,019	115,729	102,266	91,789	96,139
N.P. Ciudad de México	41	87	157	124	94
N.P. Álvaro Obregón	1	3	11	13	6
N.P. Azcapotzalco	0	1	3	3	1
N.P. Benito Juárez	3	7	23	16	15
N.P. Coyoacán	2	11	14	9	1
N.P. Cuajimalpa	0	1	3	3	6
N.P. Cuauhtémoc	3	7	13	10	17
N.P. Gustavo A. Madero	2	7	15	13	7
N.P. Iztacalco	5	3	7	11	13
N.P. Iztapalapa	13	16	30	19	10
N.P. Magdalena Contreras	0	2	0	1	0
N.P. Miguel Hidalgo	2	4	9	6	6
N.P. Milpa Alta	4	3	5	2	6
N.P. Tláhuac	1	1	0	1	0
N.P. Tlalpan	4	8	8	7	1
N.P. Venustiano Carranza	1	2	5	4	5
N.P. Xochimilco	0	3	9	5	0
N.P. No especificado	0	8	1	1	0
N.P. Se ignora	0	0	1	0	0

Fuente: Elaboración propia con base en los datos proporcionados en los cubos dinámicos DGIS

Nota: N.P. Nacimientos con partera

En la tabla anterior se muestran el número de partos con partera a nivel nacional y en la Ciudad de México, se tomaron en cuenta todas las alcaldías debido a que las parteras no sólo atienden en la demarcación en donde habitan. Es fundamental señalar dos cuestiones, la primera de ellas es que, como se puede observar, hubo un repunte del número de partos atendidos por partera en los años en los que hubo una mayor incidencia de COVID-19; la

segunda es que la existencia de “casas de parto”, operadas por parteras profesionales, supone que una cierta cantidad de partos pudieron ser atendidos en estos espacios, sin embargo, al no existir una forma adecuada de registro, el número real de atenciones sigue siendo un tanto incierto.

Aspectos geográficos del área de estudio

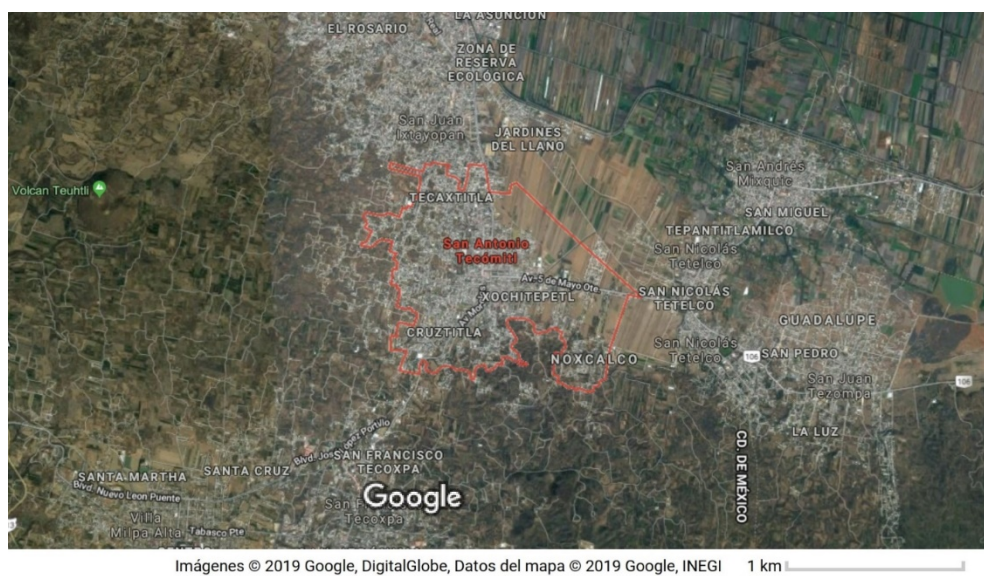
El Censo de Población y Vivienda llevado a cabo en 2020 dio como resultado que la Ciudad de México tiene 9 millones 209 mil 944 de pobladores, de los cuales 614 mil 447 habitan en la alcaldía Coyoacán, resultando la quinta más poblada con un aproximado de 11, 446.7 habitantes por km². Los datos obtenidos indican que entre el 20% y el 40% de la población que habita en esta alcaldía se encuentra en situación de pobreza, sin embargo, según los datos del CONAPO, el grado de marginación es muy bajo. En cuanto a la ubicación geográfica, Coyoacán se encuentra en el centro de la Ciudad de México, lo que facilita el acceso a las vías de comunicación. Cabe señalar, que, en San Francisco Culhuacán, los datos son muy escasos, por lo que la única información que pude recabar es que tiene un grado medio de marginación; su ubicación es al extremo oriente de la alcaldía, por lo que colinda con Iztapalapa, de hecho, antiguamente, la extensión territorial de Culhuacán, se extendía por ambas alcaldías.

Imagen 1. *Vista de San Francisco Culhuacán*



Por otro lado, Milpa Alta se encuentra en el extremo sudoriental de la capital, por lo que colinda con el Estado de México y Morelos. La población total es de 152 mil 685 habitantes, de esta forma, es la alcaldía menos poblada de la Ciudad de México con aproximadamente 379.8 habitantes por km², lo que la convierte en una zona predominantemente rural; el grado de marginación reportado es muy bajo. En este caso, sí hay datos específicos de las localidades en donde se encuentran las parteras, San Antonio Tecómitl, cuenta con una población de 27, 768 personas, lo cual lo coloca como el pueblo de Milpa Alta con mayor número de habitantes; respecto al rango de pobreza, éste se encuentra entre el 40 y 60% y su grado de marginación es medio-bajo. Por su parte, Villa Milpa Alta tiene 18, 213 pobladores y es el segundo más poblado; el rango de pobreza también se ubica entre 40 y 60 % y el grado de marginación es medio-alto. Las vías de acceso a Milpa Alta eran limitadas, sin embargo, con la inauguración de la línea 12 del Sistema de Transporte Colectivo Metro el trayecto se hizo más eficiente⁴⁸.

Imagen 2. *Vista de San Antonio Tecómitl*



⁴⁸ Tras los hechos ocurridos en 2021 en esta línea de transporte, se emplearon otros vehículos como el Metrobús y RTP para cubrir las necesidades de la población.

Imagen 3. *Vista de Villa Milpa Alta*



Imágenes © 2019 Google, Maxar Technologies, Imágenes © 2019 CNES / Airbus, Landsat / Copernicus, Maxar Technologies, Datos del mapa © 2019 INEGI 1 km

Imagen 4. *Ubicación de los Lugares en donde Habitan las Parteras Entrevistadas*



Fuente: Elaboración propia con base en el mapa de <https://www.mexicodesconocido.com.mx/mapa-de-la-ciudad-de-mexico.html>

Parteras Tradicionales en la Ciudad de México

El primer encuentro que tuve con las especialistas de la ciudad fue en mayo de 2018, en un Seminario sobre Partería Tradicional organizado por distintas instituciones. Llamó mi atención que se identificaran como parteras tradicionales de la Ciudad de México, pues yo no tenía noción de que las parteras que se encontraban en la ciudad fueran originarias, además de que una de las aprendices que las acompañaba acababa de publicar un libro sobre los relatos de estas mujeres, así que mi curiosidad me llevó a acercarme a ellas, sin imaginar que meses más tarde me encontraría elaborando un proyecto de investigación sobre partería en la Ciudad de México. Cabe mencionar que, aunque en este seminario no participaron como ponentes, se mostraron animadas al dar su punto de vista y narrar sus experiencias en torno a las temáticas tratadas en esa ocasión.

Imagen 5. *Encuentro de Parteras*



San Miguel Teotongo, Iztapalapa (octubre, 2018)

El segundo acercamiento a ellas, ya con el proyecto de investigación en mente, fue en un encuentro de parteras llevado a cabo el 4 de octubre de 2018 en San Miguel Teotongo,

alcaldía Iztapalapa; en este evento, la mayoría de las parteras entrevistadas asistieron como ponentes y, de igual manera que en el evento antes mencionado, externaron sus experiencias y preocupaciones respecto a su labor; además de que se mostraban interesadas en participar de las demás actividades que se realizaron ese día. En ese momento, les hice saber sobre mi investigación y les pregunté si querían colaborar, todas aceptaron y me proporcionaron sus datos de contacto, días después ya tenía concertada la cita para iniciar con las entrevistas.

Quiero comenzar describiendo cómo es que cada una inició su labor en el cuidado a la salud materna e infantil, en este sentido, me parece relevante narrar su experiencia de manera independiente, pues, aunque coinciden en que el primer parto que atendieron fue de forma imprevista, la iniciación y el aprendizaje se dio de manera diversa, hecho que, considero influye en las relaciones que establecen con la biomedicina, así como con la atención que brindan a las mujeres.

Adelina. “No aprendí de nadie, yo aprendí sola”

Adelina es una mujer de ochenta y un años, originaria y habitante del pueblo de San Francisco Culhuacán, ubicado en la alcaldía de Coyoacán. La casa en donde vive, con su esposo y algunos de sus hijos, se ubica cerca de la Avenida de los Apaches, misma que atraviesa el Eje 3 Oriente, una de las principales avenidas en la ciudad; es complicado establecer un número de cuadras entre este espacio y la avenida principal pues, como en muchos pueblos que fueron absorbidos por la ciudad, la traza urbana es irregular, constituida en varias partes por andadores peatonales. La vivienda se encuentra en un terreno amplio, es una construcción de dos niveles que cuenta con un patio rodeado por plantas con un frondoso árbol al centro; actualmente se le está aumentando un piso más que será destinado a albergar aulas, ya que una de las hijas de Adelina imparte clases de regularización, además de cursos de preparación para ingreso al nivel medio superior, ello sin mencionar que esta vivienda está acreditada como centro de enseñanza del Instituto Nacional de Educación para los Adultos (INEA).

Pasando el portón de entrada, a mano derecha se encuentra una puerta de metal con un cristal al centro en el cual una calcomanía avisa que se trata del consultorio, inmediatamente arriba cuelga un pequeño letrero con la leyenda “partera”; dentro del

consultorio, a mano derecha, en la esquina de la habitación, hay un altar dedicado a la Virgen de Guadalupe y al Niño Dios, así como algunas veladoras, flores artificiales y aceites para masajes; frente al altar está dispuesta la cama para los pacientes así como un pequeño buró; en la pared a la izquierda de la entrada, hay un tocador y una cajonera en donde Adelina guarda sus instrumentos y materiales necesarios para la atención que brinda, en esta misma área se encuentra una puerta que comunica el consultorio con el dormitorio de Adelina. Es importante mencionar que, además de algunos posters alusivos al embarazo y al parto, en los muros hay varias fotografías de encuentros de parteras –llevados a cabo tanto en la Ciudad de México como en otros estados– en los que aparece Adelina junto con otras de sus compañeras, además de diversos diplomas y reconocimientos por la asistencia a cursos. En este espacio, fue donde tuvieron lugar las entrevistas.

Desde su nacimiento, Adelina tenía la marca que la identificaba como poseedora de un don, ya que, como ella misma relata, la partera que atendió a su mamá le dijo: “*esta chamaca trae un don*”, esto ocurrió posteriormente a que la recién nacida comenzara a llorar y mostrara que tenía la lengua ennegrecida, señal inequívoca de una vocación, aunque ésta no fue revelada hasta mucho tiempo después, ya que, como comenta: “*mi mamá murió y ya no supo que yo fui partera, [...] de veintiséis años me dejó y a los veintisiete empecé a atender partos, mi mamá no supo que iba yo a ser partera*”. Desde pequeña, Adelina, la cuarta de once hermanos, manifestó interés por el cuidado de la salud; cuando tenía alrededor de nueve años, ella se encargaba de cuidar y atender a los menores de su familia, cuando se caían los curaba utilizando únicamente jabón, pues su aprendizaje se dio de forma autodidacta: “[*aprendí*] *por mí misma y por mi instinto los curaba yo nada más, desde chica empecé a curar a mis hermanitos*”. El relato continúa explicando que, posterior a la “sobada”, los hermanos se quedaban dormidos y ya no se quejaban de dolor; esta experiencia, pulida con el tiempo, le permitió implementar diversos remedios cuando tuvo hijos propios.

Con el paso del tiempo, el cuidado y las técnicas, que fue aprendiendo y desarrollando empíricamente, tuvieron una confirmación a través de los sueños; es importante señalar que en México y en otras latitudes, para las parteras y curanderos, las experiencias oníricas tienen una gran relevancia, pues a través de éstas se les otorga o reafirma el don que poseen. En este caso, Adelina comenta que unas personas: “*de calzón de manta, vestidos de manta, vestidos con su ceñidor, eran inditos, indígenas, quién sabe de qué partes o de aquí mismo*”,

le entregaron los instrumentos necesarios para ejercer su labor. Continúa su relato diciendo que:

En sueño me venían a ver unas personas, pero yo despertaba: —¿quién sabe quiénes son? Otra vez, y siempre, y siempre, y siempre, hasta que un día ya me quedé dormida, ya me dieron mi charola, [...] la recibí y la destapé, traía todo para lo del parto, tijeras, aguja para perforar las orejitas, el cordón, hierbas y todo para recibir, no me dieron medicina, medicina de doctor no, puras cosas así para recibir, me dieron el huevo, me dieron todo, digo: —ya recibí todo esto y ahora qué ¿me voy a parar en la calle? Para que diga: — ¡yo sé curar, yo sé hacer esto!, — ¡no! va a haber un infante [...], por él se va a saber lo que sabes hacer, —yo con mi charola, digo: — ¡ah, bueno! Fui, guardé mi charola y ya.

Este sueño cobró sentido cuando uno de sus hijos se cayó mientras ella se encontraba impartiendo catecismo; al ver lo que ocurrió, Adelina corrió a ayudarlo y comenzó a sobarlo como solía hacer; días después, el hermano de uno de sus alumnos tuvo un accidente y, al haber presenciado la atención de Adelina, le dijo a su mamá que sabía quién podía curarlo:

—Ahí viene la señora, —señora, señora, ¡cúreme a mi niño!, —no, pues si yo no sé curar, —sí es cierto, sí señorita, usted cura, y cura bien bonito, porque hasta sus orejas les soba. Y ahí fue cuando empecé a curar, así ya me seguí.

A partir de ese momento, la habilidad que tenía para componer los huesos y los golpes sería conocida no sólo en su pueblo, sino en otras colonias aledañas a Culhuacán e inclusive un poco más lejanas. El primer parto que atendió llegó tiempo después debido a la fama que ya había hecho:

Primero mandó a su niña a que la viera yo, porque le dolía la cintura a su mamá, pero cuando llegué ella ya estaba para parir y le digo: —oye, pero a ti no te duele tu cintura, tú vas a tener un bebé, —sí, pero no le dije a mi niña.

Pues yo sin más nada, sin tener nada que dijeras... preparada de nada, yo no estaba aún para ser partera, entonces la señora ya tenía todo, ya tenía todo la señora, dice: —ya aquí está todo, —ah bueno, pues ya atendí a la señora. Yo me había fijado en mis partos cómo me atendían y atendí así a la señora. La limpié, limpié al niño, lo limpié y todo y ya lo pasé a componer, pero ya cuando venía yo me empecé a poner nerviosa, llegué aquí y yo estaba nerviosa, porque digo: —pero bueno, por qué atendí si yo no sé. Yo misma me contesté: —pero pues está bien la señora y el niño, no te apures. Ya me tranquilicé, la fui a ver los tres días, la estuve atendiendo, bien el niño, bien ella.

Adelina, al igual que en el caso de muchas parteras, al haber sido madre, tenía algo de conocimiento y experiencia en torno al parto, situación que le permitió sacar adelante la situación y no sólo eso, también le dio seguimiento a la mujer durante los tres días posteriores al parto. Debido al cuidado que ella tuvo al momento de atender, le fueron solicitados otra vez sus servicios:

Al año, me trae a su cuñada: —comadre. Porque así me dijo, dice: —es que me gustó mucho como me atendió, —bueno. Igual, ya todo tenía preparado la señora, ya la atendí, pero un poco más... más o menos, más... yo ya había visto como había atendido la primera señora, ya la atendí, igual le gustó mucho.

Después de ese segundo parto, tuvieron que pasar diez años para que volviera a atender un nacimiento, pero como la misma Adelina menciona: “*ya de ahí para adelante me seguí, a partir de ese parto, sería del tercero, ya me seguí, me seguí con los partos*”.

Desde que Adelina comenzó a atender partos —a los veintisiete años— hasta la actualidad, ha atendido alrededor de 3,000 partos en distintos puntos de la ciudad y el Estado de México, por ejemplo: Tláhuac, Iztapalapa, Casas Alemán, Chalco, Ixtapaluca, Xico, entre otros; por otro lado, debido a la cantidad de inmigrantes que la Ciudad de México atrae, ha atendido personas de Hidalgo, Puebla, Oaxaca, Guerrero y Veracruz. Como consecuencia de

la alta demanda que tenía, algunas veces no se daba abasto para atender a sus pacientes, pues se le llegaban a juntar 2 o 3 en su casa, más las que solicitaban que se les atendiera en su domicilio, inclusive había días en que sus hijos casi no la veían, pues se iba todo el día y volvía cerca de las 11 o 12 de la noche: *“me llamaban en una parte, ya me llamaban en otra, ya me llamaban en otra y andaba todo el día en la calle”*; algunas veces sólo regresaba a su casa para surtirse del material que le hacía falta y volver a salir. Actualmente, no ha dejado de atender a las mujeres, aunque los partos sí han disminuido notablemente, algunas personas siguen acudiendo a ella para recibir atención durante el embarazo, el puerperio o para solicitar atención para sus hijos.

Al preguntarle de quién aprendió, reitera: *“yo sola, nadie me enseñó, que yo hubiera visto a mi abuelita o alguien, no, yo sola”*, esto debido a que no contaba con quien se convirtiera en su instructor, así como tampoco tiene antecedentes familiares de alguien que se dedicara a la partería o incluso a curar. En pocas palabras, a partir de sus propios partos y la experiencia adquirida con su labor, fue perfeccionando la forma en la que atiende, cuestión que se ve reflejada en que ninguno de los partos que atendió culminó con el fallecimiento de la madre o del recién nacido, sin embargo, no estuvo exenta de recibir niños que habían fallecido en el vientre de su madre, como ella comenta: *“gracias a Dios no se me ha muerto ninguno, han nacido muertos, pero que ya nació y que ya se murió, o algo, no”*, inclusive advierte: *“el día que a mí se me muera un niño, que ya nació y que se me murió, dejo de recibir partos, ya no vuelvo a recibir partos”*.

Mientras realizaba la entrevista, Adelina rememoraba con gusto, pasión y nostalgia, los partos que atendió y que le resultan llamativos en los más de cincuenta años que tiene de experiencia, ya sea porque tuvo que hacer uso de su destreza como partera, para lograr la expulsión de un niño que no se encontraba en la presentación adecuada para nacer; por la satisfacción que le produce haber ayudado a las mujeres para que sus hijos nacieran; el agradecimiento por parte del esposo de las pacientes que atendía; el observar cómo, en algunos hombres, cambiaba la perspectiva sobre las mujeres cuando estaban presentes en el parto; además de los nacimientos que le sorprendieron y maravillaron, como es el caso de una niña que nació con el saco amniótico intacto, situación que jamás volvió a presenciar. Por otro lado, así como recuerda los partos que ella considera felices, también relata algunas anécdotas en donde las condiciones y el desenlace no fueron los mejores, sobre todo por la

situación de pobreza y/o violencia en la que muchas mujeres vivían, hecho que se veía reflejado en las condiciones de precariedad en la que se encontraba su domicilio y dónde, finalmente, tenía lugar el alumbramiento; así como también los partos en los que el producto nacía muerto debido a la desnutrición de la madre, entre otras problemáticas; las historias de las que se enteraría Adelina, en las que mujeres que había atendido vendieron a sus hijos días después de dar a luz; o sobre la violencia que ejercían los varones en contra de sus esposas, por el hecho de que fuera mujer la recién nacida y no un varón, como ellos esperaban, o simplemente por no apurarse en el trabajo de parto; a estas últimas situaciones Adelina siempre les hizo frente, confrontando a los esposos e intentando hacerlos entender que debían valorar a las mujeres.

Esther. “Mi iniciación como partera fue porque yo veía a mi mamá”

Esther, quien es hija de Adelina, tiene cuarenta y nueve años y es originaria de San Francisco Culhuacán, Coyoacán. Aunque vive a unas cuantas cuadras de la casa de su mamá, comparte espacio de atención con ella. Esther señala que su trabajo es más de curandera que de partera, porque ha atendido muy pocos partos, pero se refiere al hecho de asistir el nacimiento ella sola, pues ayudó a su mamá incontables veces. Su aprendizaje como partera inició a los trece años; ella, al ser la tercera de todos los hermanos, pero la mayor de las mujeres, tuvo que hacerse cargo de sus hermanos menores y de algunas labores del hogar, ya que la mayor parte del tiempo, Adelina se encontraba fuera de casa atendiendo partos. Cuando su mamá atendía los partos en su casa, ella era quien le ayudaba:

Mi iniciación como partera fue porque yo veía que mi mamá, como ella es partera, yo veía que se saturaba a veces en atender a las personas, entonces ella me pedía: —oye ayúdame, mira, ahora haz esto, lo otro. Entonces ella ya me empezaba a decir cómo ayudarle, entonces también de ahí aprendí cómo atender un parto, entonces, ya cuando a mí fue, pues yo ya dije: —ya vi cómo mi mamá lo hace, pues a mí no se me va a complicar. Y ya fue como aprendí, así, viendo a mi mamá cómo lo hacía.

Por otro lado, cuando Adelina salía, Esther siempre estaba al pendiente por si su mamá requería algún material que se le hubiera acabado, ya sea que la misma Adelina fuera a casa para reabastecerse o que enviara a algún familiar de la mujer que estaba atendiendo para que le llevara las cosas que necesitaba.

A la edad de diecisiete años atendió el primer parto ella sola, en ese momento Adelina no tenía a su cuidado ninguna mujer que estuviera próxima a parir por lo que salió de viaje con su esposo; al poco rato de que se fueron, escuchó que tocaron la puerta con la clave que Adelina les daba para cuando llegaba el momento del alumbramiento, esta situación le pareció rara, aun así ella decidió abrir, en ese momento la persona le preguntó por su mamá, lo cual ella respondió diciendo que no se encontraba, la persona le dijo que la hija de una amiga iba a dar a luz, pero que no quería llamar al médico, en ese momento decidió acudir a atender el parto ella misma: “*le digo: —ay yo sé. Yo bien fregona, —yo sé. Y saco su maletín, yo ya había visto a mi mamá cómo atendía, le digo: —yo sé. Ahí voy, agarro mi maletín*”. Posteriormente, relata qué fue lo que pasó al llegar a la vivienda de la mujer que atendió, que además se encontraba a unas pocas cuerdas de su casa:

era un cuarto de esos de lámina, pura lámina, bien mal y bien oscuro, luego para el colmo en donde la tenían a ella en un rincón así y una velita ahí, y veo dije: —¿Dónde es? Pues estaba así el solecito y luego de repente, así como que te deslumbra —¿Dónde está la muchacha?, —está ahí. Y dice: —aquí estoy. Veía un montón de cobijas que ya le habían puesto para que no se dieran cuenta que la muchacha, o sea la niña, iba a nacer su bebé, le digo: —espérame. Le empecé a quitar todo y le digo: —¿no tienes otra?, —sí, ya fueron a traer otra vela. Total que ya trajeron otras velas y ya... pero con la primerita que estaba la tenían en su cabeza, ya la agarré y le digo: —a ver alúmbrame, ya, ya va a nacer su bebé, pero qué raro. Porque no se veía su cabecita, se veían sus nalguitas, dice: —es que no puede nacer, —sí va a nacer, ponla ahí. Y estaban dos señoras, la amigueta de la mamá de la niña.

Este pequeño relato, además de dar cuenta del primer parto que atendió, también nos deja ver la situación de pobreza en la que se encontraba la mujer atendida, situación que no

fue única, pues en las entrevistas me relataron diversos casos similares; por otro lado, aborda el caso de un embarazo en la adolescencia, ya que la parturienta tenía apenas trece años, y las dificultades que esto implicó, como el hecho de que sus conocidas no querían que se enteraran las demás personas, la ausencia de la madre y algunas complicaciones en el parto. Al respecto, Esther continúa narrando lo que sucedió aquel día:

—mira, cuando sienta dolor le vas a hacer así en su panza para que baje y lo expulse. Te vas a aguantar; amor; y haces toda la fuerza que puedas, porque tu bebé ya va a nacer, nada más falta que lo expulses, es que viene de nalguitas tu bebé, te va a doler mucho, pero vas a aguantar.

Asimismo, comenta que la mujer ya estaba muy fatigada, pero intentaba darle ánimo de la misma forma en la que escuchaba que su mamá lo hacía, la intentaba calmar diciéndole palabras de aliento y cariñosas, pero con mucha seguridad, una de las señoras que observaba le dijo: “¡ay muchacha! ¡qué valiente!”, sabiendo que era poca la diferencia de edad entre la parturienta y ella. Inmediatamente después, la mujer empezó a sentir mayor tensión en el vientre, en ese momento, Esther les indica que le ayuden presionando levemente, de esa manera se produce el nacimiento, ella toma al recién nacido, lo gira y comienza a limpiarlo, una vez que empieza a llorar, les dice que es una niña; a los pocos segundos expulsa la placenta, observa que la mujer está muy cansada y les pide a las señoras que la acompañan que mojen algodón en un poco de alcohol y se lo froten en la frente y el pecho para que genere calor.

Una vez que acabó de limpiar a la recién nacida, la midió, peso y verificó que la placenta se encontraba completa; en ese momento llegó una ambulancia que uno de los primos de la parturienta llamó, ella rememora la conversación que tuvo con el paramédico:

[el paramédico] dice: —¿Qué pasó?, —es que ya nació su niño de mi prima, ahí está. Le dice la señora —no, no se la lleven, está bien, ya la atendió aquí la partera, ya váyanse. Dice el doctor que iba ahí: —a ver. Ya la revisó, dice: —sí está bien, está perfecto ¿Cuántos años tiene la muchacha? Le digo: —tiene trece años, —¿Y usted?, —diecisiete, —¡Qué valiente! Pero hizo una

cara, dice: —¡Qué bárbara! ¿Nos la llevamos?, —no, porque no está su mamá y a nosotros nos la dejó encargada, entonces aquí déjela porque no sabemos que reacción va a tener su mamá porque es menor de edad, —¡Qué valiente! Pero está perfecta, está muy muy bien, estuvo muy bien atendido y se rasgó bien poquito. Yo nada más agarré y le puse unos vendotes ahí, porque como no... bueno sí sé suturar, pero nosotros no tenemos material para la suturación, entonces nada más le puse unos vendotes y la limpié bien y se los puse, ya después se fue el paramédico, la ambulancia y todo.

Al recordar el encuentro con los paramédicos, lo califica como un encuentro cordial, ya que ella no sintió que la regañaran por haber atendido el parto, al contrario, ellos reconocieron su trabajo y de ninguna manera quisieron imponer su punto de vista, situación que no sucedió de la misma manera con el médico que llegó después de que la ambulancia se fue:

Luego ya llegó un doctor que no sé quién lo fue a traer y viene bien así... y me dice: —¿Qué pasó?, —Ay doctor es que mire, ya nació su bebé de la niña, —Ah ¿Quién le hizo esto? Y le digo: —pues la muchacha acaba de tener su bebé, —¿Quién la atendió?, —yo la atendí, —¿Quién la autorizó?, —ah es que soy partera, —¿tú lo hiciste sola?, —pues sí, —a ver, a ver. Y ya le iba a meter la mano, y le digo: —no le meta mano, ya arrojó todo. Y la señora: —sí, sí, ya la limpió, ya le hizo todo. Pues ya estaba bien la muchacha, ya la había acomodado, ya la había limpiado; todavía tardó como una hora en llegar el doctor, —es que usted no está autorizada para atender partos, —¿Quién le dijo que no? Nosotros tenemos capacitaciones, —¿Entonces para qué me mandan a traer?, —pues para que usted dé la certificación porque mi mamá no está, entonces a usted se le va a pedir el apoyo para que le dé en este momento la certificación a la muchacha, —está bien, pero va a ser tanto; le digo a la muchacha —ah sí, le pagan al doctor, a mí ya después me dan lo que yo les voy a cobrar. Ya me voy.

Respecto a la interacción con el médico, señala que no fue muy buena debido a que llegó de forma altanera y a cuestionar el trabajo que había hecho. Ella narra lo que sucedió al día siguiente, ya que al igual que su mamá lo hacía, acudió a casa de la mujer para proporcionarle los cuidados posteriores al parto y cerciorarse de que no hubiera complicaciones:

ya después al otro día la fui a ver, me dijo su mamá de la muchacha: —es que mi hija... ya me dijeron que ya soy abuela, —sí, señora, —¿no le dijo mi hija de quién es?, —no, no me dijo, —ah es que está bien chamaquita, tiene trece años, —sí, señora, yo tengo diecisiete, no es mucha la diferencia, —¡Ay muchas gracias! ¿Cuánto le voy a dar?, —pues mi mamá cobra tanto, le voy a cobrar lo mismo que cobra mi mamá, —a usted sí le voy a pagar, pero a ese pinche doctor no le voy a pagar, regañó a mi hija, me regañó a mí, regañó a mi esposo, —que cómo era posible que habían mandado traer una partera, que no sé qué, pero agarró mi esposo y que le dice: —pues me va a dar el certificado de alumbramiento de mi hija, si no lo demando y le voy a decir que usted entró a mi casa y que hizo mal uso de lo que usted sabe hacer, así que usted se lo va a dar, —¿Sí se lo va a dar?, —sí, se lo va a dar. Sí les dio el certificado el doctor y todo, de ahí me agarró un coraje el doctor.

En el relato anterior podemos darnos cuenta de que la tensión que había surgido entre Esther y el médico se debió principalmente a que a este último no le pareció correcto que acudieran a una partera, situación que derivó en el regaño a la familia de la parturienta y la posterior negativa a pagarle por el certificado de nacimiento (documento que además es gratuito). De esta forma, queda velada la perspectiva que algunos médicos tienen en torno a la partería, los cuales rechazan los saberes tradicionales y en este caso se le suma el hecho de que, al recurrir en primer lugar a la partera, de cierta forma rompió con la idea de la preeminencia de la biomedicina. Pese a esto, Esther recuerda con orgullo ese primer parto, sobre todo al ser complicado, debido a la edad de la mujer que parió y a la presentación en la que se encontraba el feto para el nacimiento.

Varios años después, también le fue confirmado su don a través de los sueños, no sólo como partera, sino también como curandera,

a mí también en sueños me trajeron las cosas, a mí para curar de la mollera y de empacho, pero a mí son unos niños chiquitos, como de cinco y tres años, pero ellos traía una canastita de mimbre, traían jarritos, traían como pañuelos, también traían el hilo, alcohol, y también como una especie de... o sea los jarritos, pero como una especie... como de especieros pero de barro, ahí traían ungüentos también, pero igual eran unas canastitas que me trajeron adornadas de flores blancas y ellos fueron los que me dieron eso para mí, pero yo no sabía por qué me los habían dado, pero ya también estaba yo grande cuando me los dieron, ah y los vasos pero chiquitos, transparentes, también me los dieron, los ramos y los huevos para limpiar también, vendas pero chiquitas y grandes.

Durante la entrevista Esther relata muy animada lo diverso de los partos que ha atendido en compañía de su mamá, los que ha atendido ella sola y muchas de las atenciones que ha brindado como curandera. Asimismo, señala las trabas a las que se ha enfrentado para ejercer como partera tradicional, mismos que serán abordados más adelante.

Angelita. “Yo trabajé en un sanatorio, pero mi primer parto fue en una piedra”

Ángela o Angelita –como prefiere que le digan– tiene sesenta y cinco años y es habitante originaria del pueblo de San Antonio Tecómitl, alcaldía Milpa Alta; para llegar a este lugar, desde la terminal Tláhuac de la línea 12 del metro, se puede abordar cualquiera de los microbuses, autobuses o combis que van con dirección a Milpa Alta; estos transportes atraviesan varios pueblos –Tláhuac, Tulyehualco, San Juan Ixtayopan– para finalmente llegar a Tecómitl. La casa de Angelita se encuentra ubicada a una cuadra de la Avenida Morelos, uno de los principales accesos al centro del pueblo; al bajar del transporte, desde la esquina a mano derecha, se puede observar un portón blanco que tiene pintado, en la parte superior, un anuncio con letras azules y contorno verde con la leyenda “partera tradicional”.

La construcción tiene planta baja y dos pisos más con alrededor de seis viviendas de diferentes dimensiones, de las cuales tiene tres arrendadas, otras dos están ocupadas por algunos miembros de la familia, y una más se encuentra habitada por ella; en la parte de arriba tiene diversas plantas medicinales y algunos árboles frutales. Entrando al domicilio hay un pequeño patio techado adornado con varias macetas; al fondo se ubica un área donde se encuentran la sala, el comedor y la cocina. Desde la entrada de la casa, a la izquierda del portón, hay un acceso que conduce a una farmacia que actualmente es atendida por su nuera.

Entrando, a mano derecha, se encuentra una habitación con baño privado que es usada como consultorio; este espacio tiene una ventana que da a la calle y está dividido por un pequeño escalón y una cortina delgada. Lo primero que se ve al entrar en esta habitación es una sencilla cama de auscultación y en la pared se pueden observar varios diplomas, reconocimientos y constancias de cursos, talleres y seminarios a los que ha asistido, así como algunas litografías con información sobre el embarazo y el recién nacido; en la esquina derecha, muy cerca de la ventana, hay un pequeño lavamanos y en la pared de la puerta una lámpara casera para observar radiografías y ultrasonidos⁴⁹; del lado izquierdo, subiendo un escalón, se puede observar una cama de hospital⁵⁰ en donde Angelita atiende los partos, en uno de los extremos de ésta se encuentra un altar con un cuadro de la Virgen de Guadalupe, conjuntamente la imagen de una virgen vestida de blanco semejante a la que se le ha presentado en sueños, además de algunas figuras de ángeles y rosas blancas; frente a la cama están dispuestos varios muebles en donde guarda medicamentos y todo el instrumental necesario para la atención del parto, así como para aplicar inyecciones, toma de presión, de glucosa y material de curación.

En su trayectoria, Angelita ha atendido alrededor de 400 partos, principalmente de habitantes de los pueblos pertenecientes a Milpa Alta, sin embargo, también ha asistido a otras alcaldías, por ejemplo, uno de los últimos partos que atendió fue en Santa María la Ribera, en Cuauhtémoc. Su incursión en la partería fue a los diecinueve años, aunque su formación empezó desde los diecisiete años. A los catorce años comenzó a trabajar en el centro de salud de Tulyehualco, en donde se encargaba de aplicar vacunas e inyecciones; años más tarde una conocida la recomendó para que entrara a trabajar en un sanatorio privado

⁴⁹ Negatoscopio.

⁵⁰ La cama de hospital y la de auscultación le fue donada por el médico con el que trabajaba.

ubicado en San Ángel, fue así como, a los diecisiete años, inició su aprendizaje en torno a diferentes técnicas de atención, por ejemplo: formas de inyectar, poner suero, amortajar, manejar pacientes mayores, entre otras; sin embargo, su trabajo más recurrente fue en el área de maternidad, donde cuidaba a las mujeres después del parto y atendiendo a los recién nacidos; posteriormente, la dejaron entrar a la sala de expulsión para presenciar los partos y al quirófano para observar las cesáreas, de esa forma aprendió cómo debía ser atendido un parto y el instrumental que se necesita. Angelita menciona que le gusta mucho todo lo relacionado a la medicina y por eso procuraba poner atención y aprender lo más que podía respecto al cuidado de la salud; cuando llevaba cerca dos años laborando en ese hospital, tuvo que dejarlo ya que se encontraba embarazada.

El primer parto que atendió ella sola ocurrió de manera fortuita, al respecto narra lo siguiente:

allí abajo había un médico, un jorobadito, pero él nada más daba consulta general y yo le fui a decir que la señora ya se iba a aliviar, yo le decía a la señora: —¿Qué tiene? Ella decía: —ay nada señorita. Es que me veía joven ¿Qué tenía yo? 19 años, yo creo que fue antes del 91, porque todavía no estaba la calle, esta, o sea sí había, pero eran piedras, eran peñascos, pero así de ejercer, ejercer, desde el 91 yo ejerzo, pero sí tiene más, ya tiene muchos años eso; entonces pues ya le dije: —oye Pepe ¿Por qué no atiendes a la señora? Ya está coronando su niño, —ay yo no, si quieres ahí agarra mi material. Pues no me dijo dos veces, le dije: —¿De veras me lo prestas?, —sí está en benzal, sí agárralo, tómalo. Y sí, la atendí en la piedra, y como aquí se ve derecho a donde estaba yo, les dije que me bajarán una sábana y nada más se la puse a la señora de la cintura hacia abajo, ahí le puse la... y yo abajo atendiéndola, porque pues era en la calle, ya estaba alumbrando, ya era imposible que llegara a Milpa Alta, ella vino a recoger un papel al centro de salud, pero la dejaron bajar, ya el centro de salud se encargó de todo lo demás, dije: —revisenla a ver si todo está bien. Me dijeron que sí, me la traje para acá para la casa porque el centro de salud pues no, en dónde la iban a tener y la vinieron a revisar los médicos, las enfermeras.

El relato anterior, además de describir las condiciones en la que Angelita atendió el primer parto, da cuenta de la negativa del médico a atender a la parturienta, aun sabiendo las circunstancias en las que se presentó el nacimiento. Por otra parte, en el centro de salud, al ser sólo consulta externa, no existían las condiciones para atender a la mujer, por lo que lo único que pudieron hacer fue revisar que una vez terminado el alumbramiento todo se encontrara bien e indicarle a Angelita que se llevara a la mujer a su casa.

Angelita se hizo fama por tener conocimientos básicos de enfermería y por este evento que orgullosamente nombra como “*el parto en la piedra*”, lo cual trajo como consecuencia que diversas personas de su pueblo, y aledaños, la buscaran para solicitar atención con especial énfasis en las inyecciones y partos.

Debido a esta trayectoria, a principio de los años noventa, fue convocada por la jurisdicción de Milpa Alta para acudir a los cursos de capacitación y certificación, de los cuales hablaré más adelante, sin embargo, es importante mencionarlo, porque es a partir de estos cursos que empieza a tener mayor contacto con parteras de otros pueblos de Milpa Alta –Santa Ana Tlacotenco, San Salvador Cuauhtenco y San Pedro Atocpan– las cuales también contribuyen a su aprendizaje y formación como partera, de ellas aprendió a acomodar al producto, ya sea por medio de “sobadas” o si es necesario utilizando un rebozo; así como los baños con hierbas que se le dan a la mujer después del parto. El camino que ella emprendió dentro de la partería, la ha llevado a conocer a diversos curanderos, de los que de igual manera ha aprendido técnicas de curación, sobre todo respectivas a los músculos y huesos. Por otro lado, aunque no habla expresamente de un don, sí mencionó que de pequeña le cayó una serpiente y le dejó una marca en el hombro, la cual asume como su señal de partera; en cuanto a las experiencias oníricas, refiere que:

son dos veces que he soñado una virgen, yo digo que es una virgen, pero trae su pelo largo, pero no trae capita, su manto no lo trae, nada más su cinturón, su cordón y su vestido blanco, yo me subo, le toco sus pies y es pura vara de mimbre de las canastas, es pura vara de mimbre su cuerpo, y sus piecitos es carnita, sus manitas es carnita y su carita es carnita, no sé qué puede ser eso, pero es una señal, yo siento que es una señal.

El sueño anteriormente relatado, más que tomarlo como el otorgamiento de un don, lo interpreta como una señal para llevar a cabo el proyecto de establecer una casa de partos que tiene en mente. Lo que es importante señalar aquí, es que este proyecto no sólo es para atención, sino también para la enseñanza y constante capacitación de otras parteras, pues debido a su relación con los médicos, considera fundamental que haya intercambio de experiencias y conocimientos.

Esta búsqueda por complementar los saberes deriva de que el inicio de su aprendizaje haya sido a través de la biomedicina, a la par de que al realizar su quehacer como partera, trabajó por cerca de diez años con un médico privado en una pequeña clínica que se encuentra aproximadamente a tres cuadras de su casa; ella trabajaba en el turno nocturno, por lo que su labor se enfocaba en cuidar a los pacientes que se encontraban internados, la mayoría de las veces, mujeres que acababan de dar a luz; así como también, asistía al médico en los partos que eran atendidos mientras ella estaba en su turno. Esta situación la llevó a seguir aprendiendo técnicas biomédicas y a distinguir los partos que pueden ser atendidos por ella y cuáles es mejor referir; además le permitió establecer una relación de amistad con el médico, a quien solicita apoyo cuando es necesario.

Vicky. “Aprendí de mi abuelita”

Vicky, habitante originaria de Villa Milpa Alta, tiene cincuenta y dos años, actualmente vive en el barrio de La Luz; para llegar a su domicilio, partiendo de la estación Tláhuac, se abordan los autobuses que se dirigen a Milpa Alta, los cuales tardan alrededor de una hora y cuarto en llegar al centro de Milpa Alta; la base de los camiones RTP, se encuentra a un costado de la iglesia, a partir de ahí se tienen que caminar alrededor de 3 cuadras para llegar a la zona conocida como “el triángulo”, en donde se encuentran las combis y microbuses que van hacia San Lorenzo Tlacoyucan; son alrededor de 10 minutos para llegar a la carretera Xochimilco-Oaxtepec y la casa de Vicky se encuentra a unos metros en la calle retorno a Oaxtepec.

Desde la casa de Vicky, se pueden observar unas cuantas casas, la carretera, los terrenos de siembra y el volcán Teuhtli, para acceder hay que adentrarse algunos metros dentro de un terreno; si vemos la casa de frente, del lado derecho se encuentra una nopalera;

este espacio ya no pertenece a la familia de Vicky, pero son ellos quienes rentan el lugar y lo siembran; más adelante, se puede observar un horno de piedra en el que principalmente elaboran pan y del lado izquierdo un pequeño espacio techado en donde crían algunos puercos. Inmediatamente, hay unos cuantos escalones para entrar a la casa, en la planta baja se encuentran algunas habitaciones, la sala-comedor y la cocina. Saliendo de este espacio, hay una escalera que lleva a las habitaciones de la planta alta, las cuales dan al exterior, la última habitación de la izquierda, es la que Vicky dispuso para atender a las mujeres que acudieran con ella, en este lugar hay una cama matrimonial, dos sillas y un armario, es en éste en donde guarda todos los instrumentos para atender a sus pacientes.

Alrededor de los ocho años, Vicky comenzó a aprender de su abuelita, ella era partera y atendía a sus hijas, nueras y vecinas que acudían por su ayuda. Con esa edad, comenzó ayudándola con tareas sencillas:

ya que habían nacido le ayudábamos a limpiar a los bebés, porque antes no se pesaban ni nada, ni había papel que diera uno, nada más era así; pero sí nos decía que nos acercáramos y si se podían bañar, si no hacía frío o si no nacían en la noche, le ayudábamos a bañarlo y si hacía frío pues nada más lo limpiábamos bien y ya; como se aliviaban todas en casa pues sí se podían vestir.

Por otro lado, señala que la mayoría del aprendizaje fue a través de la observación, pues al momento del parto es muy complicado estar al pendiente de la madre, el recién nacido y además estar enseñándole a alguien. Vicky vivió con su abuelita hasta que cumplió quince años, ya que a esa edad se casó y se fue de casa, pero fue tiempo suficiente para acompañarla, observar y aprender.

Sin embargo, fue hasta que cumplió veinte años que atendió el primer parto ella sola, sobre el cual narra:

Pues estaba aquí y una de las señoras vivía aquí abajo, en la casa que sigue, pero era su ayudanta, es que casi más nos visita la gente de fuera, que vienen de los estados o así, esta señora venía del Estado, de Toluca; ya tenía varios

niños, fue el séptimo niño, vino uno de los niños, vino corriendo y me dice: — le habla mi mamá. No me dijo para qué, —se siente mal. Y ahí voy, pues cuando vi ya estaba por parir ella, regresé por mis tijeras y lo que tenía, siempre tengo mis tijeras preparadas, pues principalmente las tijeras, ahora ya hay pinzas y todo eso, pero no 'más las tijeras para tener algo limpio para cortar el cordón y unos tecitos que siempre he preparado, na' más como de canelita o manzanilla, agarré lo que tenía y me fui, nació a las siete de la mañana y el niño vino como a las seis, ya casi iba a parir, por eso te digo. Llego, —y ¡¿'ora?! Donde le daba permiso esa señora que vivía era en un pesebre, que era de sus animales, ahí lo acondicionaron y ahí vivía, entonces nada más tendió unas cobijas su esposo y ahí nació el bebé, vine por mis cosas, le puse su tecito y todo, 'ora sí, como vienen a la voluntad de dios, pues que dios nos ayude, porque pues nada... nada más eso teníamos, pero de por sí ella ya acostumbraba a aliviarse así, pues eso es un gran apoyo, porque su esposo nos ayudó mucho, a detenerla y todo eso, y rápido nació el bebecito.

En esta narración podemos resaltar un par de cosas, en primer lugar, se trataba de una mujer múltipara, por lo que el parto se desarrolló de forma rápida, además de que al conocer el proceso de parto, la parturienta ya tenía preparado el lugar en donde dio a luz; en segundo lugar, las condiciones de pobreza en la que se encontraba la mujer y su familia, situación que no es exclusiva de este caso, ya que como lo hemos visto en los relatos anteriores, algunos de los primeros partos que atendieron las parteras se dieron en condiciones semejantes, además de que a lo largo de las entrevistas me pude dar cuenta de que esta situación se repetía.

A pesar de que Vicky contaba con los conocimientos necesarios, y de que ya había atendido un parto, la razón que la motivó a dedicarse por completo a la patería se produjo a partir de un evento personal que trastocó su vida. El nacimiento de sus primeros dos hijos fue atendido por parteras, ya que ella así lo había querido, pero durante el embarazo de su tercer hijo tuvo algunas complicaciones, por lo que sabía que tenía que ser atendida en el hospital, situación que fue determinante para que decidiera dedicarse por completo a la partería:

uno se me murió por negligencia de... porque me fui al hospital, ya iba muy mal y me dijeron: —no, todavía le falta. Eran las siete de la noche y me estaban diciendo que nacía a la una de la mañana, pero me fui para allá, no con una partera porque era prematuro, entonces como que sentí que allá iban a poder hacer algo por el bebé, por las incubadoras y todo eso, porque yo sabía demasiado como estaba mi situación y todo, pero aun así no se logró el bebé, entonces agarro, me dicen: —no, va a ser como a la una. Y yo... —no. Porque yo ya sabía que ya iba a nacer el niño, no era el primero, era el tercero y me vengo, llegando acá nació, pero ya nada más le hablamos a una doctora que vivía aquí abajo y se lo llevó, todavía funcionaba el infantil de Xochimilco y allá fue a morir el niño; entonces, dije: —no, no más mujeres, ni más niños que se mueran, tengo que ayudarlos. Y ya me metí de lleno a la partería.

La intención de haber descrito cómo fue el acercamiento de cada una de las mujeres a la partería, es justamente resaltar las diferencias entre ellas, pues, aunque coinciden en que el primer parto que atendieron fue de forma imprevista, la iniciación y el aprendizaje se dio de manera diversa, pues es desde estas primeras experiencias individuales que se van conformando los saberes y prácticas, y en consecuencia las representaciones en torno al cuidado del ciclo reproductivo, así como la relación que establecen con la biomedicina, sin embargo, es esencial recordar que estos no son estáticos, en este sentido, se reconfiguran y adaptan, a partir de las experiencias posteriores y no sólo de las individuales, sino también de las colectivas.

Resulta fundamental subrayar que, también a partir de estas experiencias y las que veremos más adelante, es que ellas elaboran su propia definición de partera tradicional, aunque todas ellas se autodenominan sólo como parteras, a lo largo de las conversaciones y entrevistas sí hacen una distinción de que ellas son tradicionales, motivo por el que considero pertinente señalar lo que manifestaron sobre ser partera tradicional, lo cual además nos permite ir caracterizando a cada una de las especialistas. En este sentido, Adelina relata:

mi conocimiento fue por lo alto, de que yo sé, así es que yo de doctor pues algo más o menos le entiendo, pero así de... para parterear, nada más lo del parto, pero fue porque... porque fue mi don, fue un don que yo traigo.

Aquí podemos observar la importancia que Adelina le da al don, mismo que interpreta como un saber otorgado por una divinidad, la cual le proporcionó el conocimiento necesario para atender partos; estos saberes son reafirmados por el gran número de personas que solicitaron sus servicios, además del éxito que tuvo con cada uno de ellos. En esta misma tónica, Esther refiere:

pues digo que es tradicional porque ella lo trae o aprende de otra partera, lo aprende no estudiado, como por intuición, de que: —ay yo creo que esto así se debe de atender. O sea, sin ningún conocimiento, porque yo siento que ya lo trae uno, es intuición.

Aunque ella no habla explícitamente de un don, enfatiza la intuición como medio de conocimiento, se trata de algo que la partera sabe; asimismo, comenta que algunas veces el aprendizaje puede ser a través de otra partera, pero que no es una enseñanza “formal”, es decir, en términos académicos. De igual modo, Angelita comenta:

A nosotros nos dan como que la... las personas vienen mucho a nosotros porque tienen confianza y de ahí se deriva todo lo demás ¿por qué? Pues porque ya les decimos que vayan a las vacunas, que vayan a... que se presenten al centro de salud, entre ellos y nosotros hacemos el trabajo, es que ellos [los médicos] saben, ellos estudiaron, nosotros no, nosotros tenemos nada más... pues la experiencia, ellos están estudiados.

En esta opinión, el énfasis se centra en la confianza que las mujeres tienen en las parteras; esto constituye un extra en la medida en que, gracias a esta cercanía, las parteras tienen la posibilidad de derivar a las mujeres al centro de salud y trabajar en conjunto con los médicos. Quiero resaltar que, derivado de las narraciones anteriores, un elemento que aparece

constantemente en torno a lo que se entiende o define como tradicional, en este caso sobre lo que caracteriza a la partería tradicional, es la forma en que aprendieron su labor, es decir, lo que las distingue de los médicos es el aprendizaje empírico o por medio de otra partera, sin que existan estudios formales de por medio. Por otra parte, Vicky señala que:

una partera tradicional es traer unos niños al mundo sin violencia, atendemos aquí puros partos limpios, es ayudar a traer una vida a este mundo, es lo más bonito ayudar a las mujeres, nos gusta ayudar a las mujeres a que no sufran violencia en el parto y todo eso.

Sin duda, para Vicky, la importancia, o, mejor dicho, la principal característica de la atención con parteras tradicionales se centra en ofrecer y promover un tipo de atención respetuosa y humanizada, ambas características de gran relevancia en su quehacer pues, como mencionó en la entrevista, la experiencia que tuvo en el hospital, con su propio parto, fundamentan sus esfuerzos por brindar una atención más cercana a las mujeres.

Saberes y Prácticas en torno al Ciclo Reproductivo

Atención Durante el Embarazo

Me parece importante comenzar este apartado con la forma en la que cada una de las parteras percibe al embarazo, ya que esta idea va guiando sus prácticas, no sólo en el embarazo, sino en las etapas posteriores del ciclo reproductivo, además de que permite configurar su quehacer como parteras. En este sentido, Adelina comenta que: “*Para mí es una cosa bonita, de que van a ser madres y ya están esperando un nuevo ser, para mí que soy partera, pues también es muy bonito si yo lo voy a recibir*”, en este primer caso, hay varios puntos que son significativos pese a lo corto del relato de doña Adelina, en primer lugar, sobresale el cariño con el que describe su participación a lo largo del control del embarazo, además de la atención en el posparto; este hecho es particularmente relevante al tener en cuenta su historia de vida y la considerable disminución de nacimientos con partera que ella ha logrado identificar, temática que será abordada más adelante, sin embargo, algo

que debe ser puntualizado es que, al formar parte de la historia de la partería en la Ciudad de México, Adelina manifestó sentirse útil al poder atender a las mujeres.

Para Angelita el embarazo “*Es algo maravilloso para cualquier mujer que esté digna de que procrea, cuando se unen las células, es algo muy maravilloso llevar todo el embarazo, desde pequeñito hasta que se hace bien grandecito*”, en este caso, ella considera el embarazo como un privilegio de algunas mujeres, además de ser la única que definió el embarazo como la unión de células, frase que es importante resaltar sobre todo si tenemos en cuenta que es la única de las entrevistadas quien inició su camino en la partería a partir de los conocimientos biomédicos.

Esther, por otra parte, se centra en las emociones y la decisión de las mujeres sobre su cuerpo, ya que considera que el bienestar de la madre en los aspectos físicos, emocionales y sociales influyen en el buen desarrollo del embarazo. En este sentido, refiere que:

El embarazo es una parte como que... tal vez se puede decir que como mujer si quieres ser mamá o no, y es una parte, podríamos decir bonita, en el aspecto de que es una experiencia que, si quieres ser mamá, pues lo vas a llevar a cabo, pero si no, es responsabilidad de cada mujer; porque es su cuerpo, su decisión, su vida, su forma en que ella ve su propia decisión. Y el embarazo es una etapa de la mujer; también podríamos decir delicada, porque son cambios que la mujer a través de su embarazo durante los nueve meses, desde el momento en que se sabe embarazada llega a tener cambios emocionales, tanto para ella, como para el pensar en que si va a ser niño, va a ser niña, si viene bien, si no trae alguna enfermedad, que tú emocionalmente también estés bien y de salud te encuentres bien, ciertos cuidados desde que te embarazas hasta que nace el bebé y después de que nace el bebé; pues a veces digo que en el embarazo tenemos sentimientos encontrados, a veces de negación, a veces de mucha aceptación.

En cuanto a Vicky, ella comenta que el embarazo es:

lo máximo porque es una vida que llevas dentro de tu ser, y que ha venido de todos los tiempos, desde que empezó a existir la humanidad, los embarazos y los partos no son nuevos, son de toda la vida y seguirá siendo lo que nos mande niños, o haya jóvenes que quieran tener niños, porque ahora ya no quieren, ahora ya quieren tener perros en vez de niños, muchas parejas ahorita nuevas es lo que dicen, pero pues no, nunca se va... nunca va a ser como que tengas un hijo o dos, porque ya con la vida que llevamos, ya tampoco pueden tener muchos.

En este caso, se percibe al embarazo como una continuidad, algo que se ha llevado a cabo desde el principio de los tiempos y que seguirá para asegurar la persistencia de la sociedad, no obstante, resalta la postura actual de los jóvenes respecto a la reproducción, además de las dificultades económicas y sociales por lo que ella considera no se debería tener un gran número de hijos en la actualidad.

Con relación a los cuidados, estos comienzan desde antes de la concepción, por ejemplo, cuando hay problemas de infertilidad; Adelina relata que atiende estos casos principalmente con masajes, aunque algunas veces también les indica la ingesta de un té con diferentes hierbas como la santa maría⁵¹, romero⁵², canela, ruda⁵³ y chocolate; la intención de mezclar estas plantas es limpiar el útero; posteriormente, una vez que les soba el vientre y la cintura, les indica un periodo corto de abstinencia sexual: “*pasando esos días [ahora sí, deben mantener relaciones sexuales], día y noche y horas extras para que venga el niño*”. De igual manera, Angelita y Vicky utilizan los masajes para cerrar la cintura, y se les recomienda una buena alimentación, en dado caso de que esto no funcione se apoyan de la biomedicina, ya que reconocen que puede haber otros motivos relacionados con esta problemática, al respecto Vicky señala:

se les va haciendo estudios a ver cómo van, pues también nos ayudamos de lo médico, porque también se les manda a hacer varios estudios para ver si él sí

⁵¹ *Tanacetum balsamita*

⁵² *Salvia rosmarinus*

⁵³ *Ruta chalepensis*

puede engendrar un hijo o ella, ya dependiendo de ahí vemos cómo los ayudamos.

Asimismo, las parteras recomiendan acudir a ellas desde que se está planificando el embarazo, ya que de esta manera pueden ayudar a las mujeres a ir preparando a su cuerpo, en este sentido, Vicky comenta:

si pueden [venir] antes de que se embaracen, mejor, porque se van preparando, entonces ya se va a embarazar, le empezamos a poner una dieta, tienes que llevar una dieta, un control de cómo vas comiendo, tu esposo también, no tienes que estresarte tanto y todo ese tipo de cosas, a partir de ahí se empieza un... a partir de ahí deberíamos empezar la educación de los hijos. La comida igual, tu desayuno a buena hora, tu comida a buena hora y tu merienda, ya nada más una colación entre comidas y ya, todo eso va a ser. Pero sí, si vienen a pedirnos ayuda desde antes es mejor.

En el caso de Angelita, ella aconseja acudir a consulta desde que se está planificando un embarazo, con la finalidad de que el cuerpo se vaya preparando; tres meses antes tienen que comenzar a “tomar su sulfato ferroso y el otro [ácido fólico], para que hagan bien su columna los niños”, sin embargo, en la realidad, el momento en el que las mujeres solicitan atención es diverso, a veces llegan a los tres o cuatro meses, otras a los siete u ocho, y algunas más, días antes del parto o en el momento de éste.

Algunas mujeres asisten desde que hay sospecha de embarazo con la finalidad de que la partera lo confirme, ante esta situación, Adelina relata que es a través de la palpación del vientre que puede sentir si están embarazadas o no:

Fíjate que aquí hay un huequito, que cuando hay embarazo se siente ya cerrado y cuando nada más es un retraso está igual, abierta y ya les decimos: —no estás embarazada, es un retraso nada más. Y luego —no, pero... —no estás embarazada mi'ja, no te hagas ilusiones, —Pero yo no soy regular en mi menstruación, —de todos modos, el último día que tú reglaste, menstruaste,

a pesar de eso tú te embarazaste, aunque no seas regular; tú menstruas diez días después o antes, pero el día que tú menstruaste, de ahí ya se cuenta el tiempo que tienes de embarazo. Ya quedan conformes, pero cuando no hay embarazo —no pues... ya me vino mi menstruación. Pero sí se sienten cuando ya están embarazadas.

De la misma manera, Angelita y Vicky a través de la vista y la palpación del vientre pueden darse cuenta si una mujer está embarazada o no; señalan que la piel se torna amarilla, los ojos se les ven tristes u opacos y los labios se les resecan y se ven pálidos; a decir de Vicky el “*cuerpo empieza a dar una señal de que algo le está pasando y es que tienes ahí un parásito que no le corresponde a tu cuerpo*”, en lo concerniente a la palpación, mencionan que desde los primeros meses se puede sentir como un “*chicharito*” o “*tejocotito*”, lo que indica que “*ya está ocupada la matriz*”; de forma complementaria, Angelita comienza a hacer algunas preguntas sobre los síntomas que han experimentado y, por último, para cerciorarse indica la realización de una prueba de embarazo.

Una vez que está confirmado el embarazo, comienza el seguimiento del mismo, es importante reconocer que en la actualidad las consultas con las parteras ya no son constantes, algunas sólo acuden cuando saben que el feto no se encuentra en la presentación adecuada para el nacimiento. Sin embargo, desde la primera consulta las parteras comienzan a generar un vínculo de confianza con las mujeres a través de conversaciones informales, posteriormente les realizan algunas preguntas como: motivo de la consulta, número de embarazos, número de partos, cesáreas, número de hijos, cómo vivió sus partos anteriores, fecha de última menstruación; Angelita además incluye otras preguntas para conocer los antecedentes médicos, por ejemplo: si padece diabetes, enfermedades del corazón, o algún otra enfermedad crónica. Posteriormente, las especialistas tradicionales comienzan con la revisión, les piden que se recuesten y, mientras continúan la plática, les explican cada uno de los procedimientos que realizarán; comienzan con la palpación del vientre para ubicar la presentación y tamaño del producto; cuando el embarazo está avanzado, la palpación también funciona para reconocer el sexo del feto; después, por medio del estetoscopio de Pinard, escuchan el latido, y algunas parteras utilizan una cinta métrica para medir el tamaño y crecimiento del vientre.

Algunas veces se apoyan con los ultrasonidos que las usuarias llevan, al respecto, Angelita comenta: *“ahí viene, está en posición cefálica o está transverso, quiere decir que está atravesado, está oblicuo, quiere decir que está así de ladito, está sentado, quiere decir que está sentado en el coxis y ahí se sientan como reyes”*. Cuando el feto no se encuentra en la presentación adecuada, usan masajes para acomodarlos –los cuales regularmente se recomiendan entre los cuatro y los siete meses de gestación–, cuando no es suficiente el masaje, por ejemplo: cuando el feto se encuentra muy *“abajo”*⁵⁴, se hace uso del rebozo para *“subirlo”*; con relación a esto, Vicky señala que en varias ocasiones se lleva tiempo acomodar al feto y que requiere varias consultas, además de algunos ejercicios de respiración para facilitar el movimiento:

con que se enseñen a respirar solitos empiezan a agarrar su... porque a veces no sabemos ni respirar ni para uno mismo, entonces cuando se acuesta a veces hay que estar oyendo los latidos de tu corazón y oyendo cada cuanto respiras, menos las embarazadas tienen esos cuidados que deben tener y hay que enseñarlas a respirar, si ellas se enseñan a respirar, cuando metes el oxígeno solito el bebé se mueve, en ese momento aprovechamos para voltearlo, pero con mucho cuidado, porque como traen el cordón, a veces en vez de ayudar, afecta, entonces hay que tener cuidado que no hagan movimientos muy bruscos.

Otro aspecto que fue enfatizado por Adelina, es la importancia de que las mujeres asistan regularmente acompañadas ya sea por su madre, su suegra o su pareja, pero insiste en que sea este último quien las acompañe, especialmente porque ella los integra en algunas de las técnicas que utiliza, como es el caso de la sobada y la escucha del latido, para que de esta forma pueden sentir el vientre, los movimientos y el latido de su hijo; Adelina considera que hacer partícipe al padre fomenta la relación que tendrá con su hijo, y sobre todo contribuye a que la mujer sea valorada. Cuando son visitas subsecuentes, se les realiza otro tipo de preguntas, por ejemplo: cómo se ha sentido, si ha tenido algunos síntomas, platica con ellas

⁵⁴ Es decir, que el producto ya se encuentra preparado para el nacimiento, pero todavía no llega a término el embarazo

respecto a su situación familiar o relaciones personales que le estén causando conflictos y se sienta intranquila, lo que podría derivar en algunas complicaciones durante el proceso gestacional.

Las principales recomendaciones que hacen se relacionan con evitar realizar trabajos pesados, tener buena alimentación e higiene, tomar las vitaminas y complementos, así como aplicarse las vacunas correspondientes. Tanto Vicky como Angelit, hacen mucho énfasis en la alimentación, les comentan que deben tener una dieta balanceada, aprovechando los alimentos que se producen de manera local, por ejemplo, lo que se cosecha en Milpa Alta y las zonas cercanas de Xochimilco; enfatizan mucho el consumo de quelites, quintoniles, nopales, lechuga, espinaca y charales para aprovechar el hierro y el calcio que contienen, inclusive, Angelita les da algunas recetas para que los preparen; de esta forma evitar que desarrollen anemia, desnutrición o sobrepeso que a la larga pueda provocar complicaciones en el desarrollo del embarazo o el parto; además se les sugiere no ingerir frituras, harinas, azúcares, refrescos o golosinas.

Con relación a la higiene, se recomienda el baño y cambio de ropa diario, para evitar infecciones, así como la posibilidad de aborto o como señala Vicky: *“ya cuando vaya a nacer el bebé, como nacen por vía vaginal se infectan sus ojitos u otro tipo de cosas”*, por su parte, Angelita les indica algunas restricciones en cuanto a su vida sexual, para cuidar *“la integridad de su líquido y de su persona”*. De la misma manera, todas las parteras insisten en que las mujeres deben cumplir con la ingesta de ácido fólico, hierro y calcio, además de asistir con regularidad a las consultas médicas para el control prenatal, ya que además de cerciorarse de que el embarazo se está desarrollando adecuadamente, les permite a las mujeres obtener la referencia al hospital para el parto, de esta forma al final pueden elegir en dónde darán a luz o tener acceso al mismo en caso de emergencia.

Las principales complicaciones que han identificado durante el embarazo, son: anemia, diabetes, preeclampsia, amenaza de aborto o parto prematuro; Angelita hace hincapié en que para prevenirlas es necesaria una buena alimentación y el contacto constante con el médico, ya que, si ella detecta algunos signos o síntomas de estas enfermedades, les explica que no podrá hacerse cargo del parto, pues podría haber alguna dificultad que no puede atender. Por su parte, Adelina les recomienda *“tener tranquilidad, comer bien y cuidarse que no lleve sustos, corajes o algo así”*. Además de estas sugerencias, utiliza masajes y “apretar”

el vientre con la finalidad de evitar un aborto o parto prematuro, después les pide tener reposo por al menos cuatro días. Al preguntarle a Vicky sobre las complicaciones durante el embarazo, señala que:

no tiene por qué haber complicaciones, no es una enfermedad, es algo natural y el cuerpo es mágico, de una mujer y de todas las personas, nosotros nos renovamos. Luego les digo que cuando vienen así enfermitos... pues es que no dejan de tomar Coca, por ejemplo, los diabéticos, su café, su Coca ¿Cuándo se van a recuperar? Al contrario, se van para abajo; así igual con los embarazos, si cumplen las reglas de que tienen que alimentarse, tomar agua y todo, todo va a salir bien, pero si no, aunque uno quiera ayudarlas más, no se puede.

De esta manera, podemos notar cómo Vicky resalta que el embarazo es un proceso natural, por lo que de cierta forma es sencillo evitar complicaciones llevando a cabo cuidados simples, por ejemplo, la alimentación, a la cual le ha dado un lugar significativo desde antes de la concepción y para el buen desarrollo del embarazo.

Algunas parteras han identificado ciertas protecciones que las mujeres usan durante el embarazo para evitar ser dañadas, por ejemplo, por el eclipse, en este sentido, Angelita ha observado que algunas mujeres usan un listón rojo con seguros en el vientre, con la finalidad de prevenir los daños que puede causar un eclipse; menciona que ha escuchado que de no haber esta protección, los niños pueden nacer con labio leporino, sin embargo, para ella, estas malformaciones tienen otro origen, que podría ser genético o por alguna deficiencia durante el desarrollo del embarazo, por lo tanto, ella no lo sugiere, aunque respeta la decisión de quienes sí eligen usarlos. Vicky, señala que inclusive sus hijas y nueras sí han hecho uso de estos objetos a manera de protección, al respecto piensa: “*por si sí o por si no nosotras lo ponemos, no nos cuesta nada*”. El antojo es otra de las situaciones con las que se tiene que tener cuidado, pues de no complacer esta necesidad, podría provocarse un aborto o un parto prematuro; al respecto, Angelita narra que las mujeres “*reconocen: —no, pues sí yo tenía antojo de esto y no se me hizo y mire. Se viene antes el niño*”, no obstante, ella cree que esta situación se debe principalmente a la falta de nutrientes en la alimentación de las mujeres.

Atención del Parto

De la misma manera que con el embarazo, quiero comenzar con la definición que cada una de las parteras elabora respecto al parto. Vicky define al parto de manera sencilla: “*es la hora del alumbramiento, ya cuando va a nacer el bebé*”, pero también resalta que “*como es una vida nueva, en el lugar que va a nacer tiene que llegar con ese respeto y ese carisma que deben tener*”, lo que para ella implica que sea un momento en el que a las mujeres se les atienda con calidad y calidez. Adelina, por su parte señala que los partos:

son una cosa muy bonita y que me siento que soy útil por recibir los partos, que soy útil para algo, [...] me ha gustado mucho recibir los partos y ahora luego pues me siento de repente triste, porque ya no es como antes que recibía yo tantos, ya son contaditos.

Las palabras de Adelina describen en buena medida el tránsito que ha sufrido la labor de las parteras, además de que da cuenta de la historia de la partería en la ciudad desde una perspectiva muy personal, esto se debe en gran parte a que, de entre las entrevistadas, ella es quien dedicó la mayor parte de su vida al cuidado de las mujeres durante el ciclo reproductivo; asimismo resalta la forma en la que se siente al atender partos, ya que como mencioné, además de recibir a los recién nacidos, ser parte del proceso de cuidado y atención de las mujeres también implica el sentirse útil, pues debido a su edad, es atendida y cuidada por sus hijas, además de que ellas son quienes realizan todas las labores del hogar; estas circunstancias han provocado que Adelina se cuestione sobre muchas de las cosas que antes hacía y que, debido a las limitaciones de su edad, ya no es tan fácil que le permitan realizarlas, por esta razón llegó a comentar: “*ya no sirvo para nada*”.

De forma complementaria, Esther la asigna un peso significativo al papel que desempeñan las emociones.

El parto es como que... cuando ya va a nacer... sí, va a ser la expulsación [sic] del bebé para llegar al mundo, pues yo creo que parto es así como de partir del lugar donde está, de que estaba en el vientre va a partir hacia

afuera, para mí eso sería el parto, que va a dejar de estar en el vientre para ya estar afuera del vientre y los cambios van a ser diferentes; o sea, si el bebé tal vez se sentía seguro aquí (señala el vientre), a lo mejor va a llorar porque va a decir que ya no está en su lugar donde se sentía muy cómodo, también yo creo que sería así, va a extrañar esa parte de estar en el vientre de su mamá.

Desde su perspectiva, el parto puede ser entendido como una transición, principalmente del recién nacido, sin embargo, esto no implica que menosprecie los cambios que le ocurren a la madre, pues ha hecho mención de ellos en distintas ocasiones; no obstante, es usual que haga hincapié sobre la importancia que tiene la compañía del esposo para poder sobrellevar de mejor manera estas transformaciones.

En el caso contrario, Angelita comenta que:

el parto es cuando una mujer ya va a dar a luz, es el parto, cuando ya está lista para parir, se pudiera decir, pues el parto tiene varias etapas, la etapa de la dilatación, cuánto lleva de dilatación, el parto es el nacimiento, el deshecho, el nacimiento del bebé, es el parto.

En este pequeño párrafo, podemos observar que Angelita percibe el parto como un proceso con diferentes etapas, si bien no utiliza un lenguaje exclusivamente biomédico, sí pondera el aspecto biológico.

Todas las parteras entrevistadas han expresado que, a partir de las preguntas y las revisiones durante el embarazo, además de apoyarse en el diagnóstico de parte de los médicos, reconocen cuales serán partos de riesgo y en qué casos es mejor referir a la mujer al hospital; por su parte, Angelita agrega algunos requisitos más para asegurarse de que no habrá ninguna complicación durante el parto, en este sentido, ella les solicita: biometría hemática, examen general de orina, así como tener al corriente todas las vacunas correspondientes a la etapa del embarazo; además de pedir un ultrasonido en el último mes de gestación. Sin embargo, muchas veces no es posible para todas las mujeres realizarse dichos análisis, la mayoría de las ocasiones es debido a que no cuentan con los recursos

económicos suficientes para solventar estos gastos, en otros tantos casos es porque acuden a ella únicamente cuando el trabajo de parto está muy avanzado y ya es imposible referirlas a otro lugar.

Cuando se acerca la fecha probable de parto, las parteras van alistando el espacio y el instrumental que utilizarán; Angelita comenta que limpia su consultorio, cambia las sábanas y cobijas de la cama, lleva su instrumental al centro de salud para que lo esterilicen y verifica que tenga el material necesario –alcohol, gasas, vendas, pañales–. Asimismo, Vicky platica que la higiene de la partera también es muy importante:

tiene que estar uno bañada con el cabello remojado, las manos limpias, desinfectadas y todo, ahora ya usamos guantes para prevenir uno y la salud del bebé y la salud de la mamá, la salud de todos, entonces ya tengo mis guantes.

En este sentido, también van preparando a las mujeres para que sepan cómo identificar los dolores de parto y determinar en qué momento debe acudir o llamar a la partera, Vicky señala que:

tienen que venir en la primer molestia que tengan, les decimos que ya se vengán para platicar con ellas y si vemos todavía que apenas empieza, las regresamos para su casa, que todavía estén tranquilas o ellas dicen: —ya nos queremos quedar; —no, pero es que todavía te faltan como ocho días. Porque ves que viene el pre y luego ya sí, —todavía no te alarmes, todavía falta. Porque luego hasta de dos días que todavía falta y ellas ya quieren estar acá y pues no, no podemos, todavía que falten horas pues sí, pero todavía otro día no tiene caso, —vete a tu casa, estate tranquila y no pasa nada, son las primeras molestias. Pero sí les decimos: —en caso de que sí ya te vengán más seguidos, entonces sí ya te vienes. Yo también ya me doy mi tiempo, digo: —va a venir. Ya la espero y no salgo, ya tengo que estar atenta a lo que venga.

Adelina, en cambio, les explica que tendrán algunos dolores semejantes a un cólico menstrual que poco a poco irán incrementando, pero que es hasta que el dolor suba de intensidad, se extienda hacia la espalda y las contracciones empiecen a ser cada hora cuando le deben dar aviso para que acuda al domicilio de la paciente o llevarla a casa de la partera.

Una vez que la partera se encuentra con la mujer, comienzan a hacerle algunas preguntas sobre la hora en la que comenzó con las contracciones, la frecuencia e intensidad del dolor. Todas las parteras mencionaron que hacen tacto vaginal para determinar los centímetros de dilatación y el tiempo aproximado que demorará el parto, no obstante, hicieron énfasis en que procuran que este procedimiento sea en pocas ocasiones, de preferencia cuando la mujer recién llega con ellas y cuando los dolores se han intensificado.

Las parteras esperan pacientemente el momento del alumbramiento, mientras tanto, masajean a las mujeres, les dan consejos, las tranquilizan, dejan que deambulen por el lugar y les permiten expresar sus sentimientos y manifestaciones de dolor, Adelina relata:

nosotros aquí las apapachamos, ya vienen con más confianza, les estamos sobando la cabeza, los pies; como luego a mí me toca estar en los pies para ver el niño, les sobo sus piernitas, les estoy sobando, sus manos, —ándale, apúrate hija. Le toco su pancita, —ya va a nacer, ándale, apúrate, —señora, quiero gritar, —grita, ándale pues.

De la misma forma, Angelita narra que:

nosotras las dejamos que griten, porque pues son cosas que son naturales, nosotros nada más tenemos que calmarlas, decirles. —todas las mujeres así sufrimos, no nada más tú. Hacerlas concientizar —a ver, mete aire, para que tu bebé tenga buen oxígeno. Y pues ya, las enseñamos a respirar, si te da el dolor, que se pase, cuando vemos que ya está alumbrando la cabecita pues ya va a nacer, no las tocamos, bueno, yo no las toco tanto.

Una vez que el trabajo de parto va adelantado, si la mujer es primeriza, Adelina le recomienda que el parto sea acostada, pero, finalmente, al igual que las demás parteras, deja

que la mujer tome la posición en la que se sienta más cómoda para que el parto se produzca de manera natural, ya sea acostada, sentada, en cuclillas, hincada, entre otras. Mientras esto sucede, vigilan constantemente que no haya sangrado y que los signos vitales se encuentren estables.

Al respecto de las técnicas para facilitar el parto, sólo Angelita mencionó el uso de zoapatle⁵⁵ para acelerar el parto, pero también hizo énfasis en que en el centro de salud les han enseñado que a las mujeres sólo se les puede proporcionar una pequeña cantidad después de que llegan a los cinco centímetros de dilatación. Además, tanto Angelita como Vicky calientan la vulva, Angelita utiliza una lámpara que dirige hacia esa zona y Vicky prepara una lata con un poco de alcohol, la enciende y la coloca en el suelo, la mujer se para con las piernas abiertas para que de esta forma le llegue el calor irradiado y facilitar el parto, además de evitar que las mujeres se desgarran, esta técnica la utilizan en sustitución de la oxitocina, ya que como apunta Vicky, les han mencionado que sólo pueden usarla en casos muy específicos, pero a ella no le resulta práctico, pues debido a la disminución de los partos muchas veces caducaba antes de poder utilizarla, además de que considera que el costo es elevado.

Otra técnica que Angelita pudo observar es que algunas mujeres introducen la punta de su cabello en la boca, lo cual les produce náuseas, y al arquear como reflejo, se hace esfuerzo y esto agiliza el alumbramiento, aunque esta técnica no la usa frecuentemente, sí ha llegado a aplicarla.

Las parteras relatan que, inmediatamente después del alumbramiento, se pinza el cordón umbilical y, ya que deja de “latir” se corta, mientras esperan que salga la placenta, revisan al recién nacido, Vicky refiere:

lo mido de tamaño, de su pechito, tórax y su estomaguito, todo le mido, su cabeza y todo, cuando nace, te fijas en qué momento respira para que después ahí le pongas en el papel: respiró a los tantos segundos, luego ya empezó a llorar. Si quieres le das masajito en su espaldita para que agarre su ritmo y todo.

⁵⁵ *Montanoa tomentosa*

Inmediatamente examinan que la mujer no tenga hemorragia y que sus signos vitales y temperatura se encuentren estables. Al respecto del proceso de expulsión de la placenta, Angelita comenta: *“le explicamos a la paciente que va a tener otro dolorcito más pequeño, pero que en ese dolorcito tiene que expulsar la placenta, porque si no, se pasa el tiempo, se queda encarcelada, cierra útero y ya no podemos sacarla”*; el tiempo máximo de espera para que salga la placenta, es de 30 minutos, en dado caso de que esto no suceda, Angelita, hace lo siguiente:

me pongo un guante, un guante limpio y veo si está libre la placenta, porque también... a mí no me ha tocado, pero puede suceder que esté adherida a matriz, esas no, nosotros con la pena tenemos que mandarlas al hospital, porque no podemos desgarrar algo que está adherido, no podemos, entonces, primero la veo, si está libre la acerco un poquito, la acerco un poquito y nace solita, además con la estimulación nace solita.

Adelina y Esther, en cambio, revisan que no se encuentre muy pegada, posteriormente, dan un masaje muy ligero –para no deshacer la placenta y provocar mayores complicaciones–, de esta manera, ayudan a que se desprenda y salga con mayor facilidad; Adelina comenta que ha observado que algunas mujeres utilizan su pelo, de la misma forma que Angelita narró, sólo que en este caso es para expulsar la placenta. Vicky señala que ella espera a que salga la placenta para cortar el cordón umbilical.

Después de que la placenta es expulsada se revisa para verificar que se encuentre completa y que no hayan quedado restos en el útero, además palpan el vientre de la mujer para corroborar que se forme lo que Angelita señaló como globo de seguridad⁵⁶, Vicky lo describe de la siguiente manera: *“ir palpando su útero para ver que vaya haciéndose durito, porque si está flácido o eso, es que está pasando otra cosa”*, si el vientre se siente suave tienen que tener mucho cuidado pues significa que sobrevendrá una hemorragia, entonces deben ser referidas al hospital.

⁵⁶ El globo de seguridad de Pinard es: la masa globulosa formada por el útero contraído después de la expulsión de la placenta, lo que provoca una oclusión de los vasos sanguíneos y un control de la hemorragia postparto. <https://www.salusplay.com/blog/diccionario/globo-de-seguridad/>

Respecto al destino de la placenta, ésta generalmente es enterrada; Adelina relata que, mientras la mujer se encuentra en labor de parto, le pide al esposo que cave un hoyo en el jardín para colocarla ahí; otras personas le han pedido que se las entregue, pero ella no ha preguntado sobre el proceso que llevan a cabo después. De la misma forma, Angelita dice que se entierra, sobre todo porque en el centro de salud todavía no se las reciben para desecharlas; asimismo, recuerda que, anteriormente, fabricantes de cosméticos y tratamientos faciales acudían a ellas para comprar las placentas, sin embargo, en la actualidad está prohibido, pues no pueden estar seguros de que la madre no tenga VIH, o alguna otra infección que pueda contagiarse a otras personas, por este motivo, cuando la familia pide que les entregue la placenta, ella les explica cómo deben tratarla y qué no deben hacer. Posterior a la expulsión de la placenta, Angelita examina que la mujer no haya sufrido algún desgarro, en el caso de que haya sucedido, recurre al médico para que la suture.

Una vez que ha pasado el periodo que demanda mayor atención, las parteras proceden a asear a la madre, en el caso de Adelina, le coloca ropa abrigadora para que comience a generar calor para ella y su hijo. Por su parte, Angelita limpia a la mamá con agua tibia, que previamente había sido hervida, e *Isodine*, les coloca un apósito, el pañal y la faja para que no sangren tanto. Algunas de las parteras señalan que es hasta este momento que le proporcionan una bebida caliente a la madre, principalmente para conservar el calor. Vicky les prepara un té de muicle⁵⁷, ya que además ayuda a la limpieza del útero; Adelina y Esther ofrecen un café muy cargado para prevenir los entuertos⁵⁸ y al otro día, les proporcionan un té amargo [de ajenojo⁵⁹], “*por si hicieron algún coraje, cuando [le den] el pecho, la leche no le haga daño*”.

Ya que la mujer está lista, Angelita termina de atender al recién nacido, lo limpia escrupulosamente, le ponen *Vaseline* para mantenerlo caliente –menciona que ella no lo baña inmediatamente porque es un cambio brusco de temperatura– y le coloca su ropa que previamente tenía en un calentador, es entonces cuando ya se lo entrega a la madre para que lo amamante. De la misma manera, Vicky lo sitúa un momento “*como un pollito*”, bajo una lampara pequeña para mantenerlo caliente, después le unta un poco de aceite y lo viste, al igual que Angelita, lo baña hasta el otro día, pues la zona en donde habita es muy fría.

⁵⁷ *Justicia spicigera*.

⁵⁸ Contracciones uterinas dolorosas que se presentan después del parto.

⁵⁹ *Artemisia absinthium*.

Inmediatamente después de este proceso, se le entrega el recién nacido a la madre para que comience con la lactancia.

Para cerrar este apartado, me gustaría recalcar la perspectiva que tienen las parteras en torno a la disminución del número de partos atendidos por ellas, en este sentido, la razón a la que le dan más peso es debido a los servicios de salud gratuitos, sobre esto Adelina comenta: “*hubo el tiempo que llegó los partos gratuitos, pues dejaron de venir, pues digo. — ¡¿Quién no va a defender su dinero?! Y entonces ya dejaron de venir y ya nos quedamos casi sin trabajo, ya uno al año*”. Este comentario queda todavía más claro al hacer referencia a la cantidad de trabajo que tenía anteriormente, puesto que en la misma entrevista menciona que era tal la cantidad de mujeres que acudían a ella que en ocasiones tenía llena su casa con parturientas, y no sólo eso, sino que incluso en ocasiones tenía que dejarlas por lapsos para acudir al domicilio de otras tantas mujeres para monitorear el avance de su parto o su recuperación.

En este mismo sentido, Vicky menciona que:

se vino lo de la gratuidad, y con la gratuidad te digo que la gente no quiere pagar nada, [...], también gratis como que no vas a hacer las cosas y como allá saben que es gratis, casi desde que vino la gratuidad ya no tenemos tanto trabajo e incluso de los partos, porque ya nada más vienen a componerse el bebé o te digo, otros trabajos, así nada más, pero partos, partos, así ya que vengan, no, así como antes no, como que les convino que hubiera esos.

Además, desde su perspectiva el gasto que harán pagándole a una partera, se compensa con el trato que recibirán:

es que la gente como que no les gusta que la apapache uno, porque yo no cambio por nada una partera por un médico, sí sabrá todo lo que tú quieras, pero no es el mismo trato, nunca va a ser lo mismo, simplemente es otra cosa, porque la confianza es diferente.

Continúa comentando que además el monto que ella cobra no le parece excesivo, pues incluye las consultas prenatales, la atención del parto, el baño posparto y el cuidado durante los primeros días del puerperio.

El segundo motivo que Adelina identifica, tiene que ver con lo que se percibe como “moderno” y la “preferencia” por las cesáreas, al respecto indica que:

no y ahora ya las muchachas... antes porque eran antiguüitas, ahora ya son modernas; un parto nunca es antigua, desde el principio, yo creo, que hubo la humanidad un parto ha sido igual ¿de dónde va a cambiar? por las cesáreas solamente eso, porque anteriormente nunca había cesárea, ¿cómo nacían sus hijos? quién sabe, pero nacían y normal, sin cesárea, desde que yo tengo uso de razón, mi mamá que tuvo niños después que yo, nunca supe que le hicieran cesárea o que alguien hizo cesárea, no, niños normales, pero ahora [...] ya con cesárea, bueno, sí así les gusta.

Al respecto, reflexiona: “*me han tocado muchos partos bonitos, si volviera a ser como antes que bonito sería, pero ya no, esos tiempos ya no vuelven*”.

Atención Durante el Puerperio

En general, las parteras señalan que el puerperio es el periodo después del parto en el que las mujeres requieren tomar ciertas precauciones para que su cuerpo vuelva a la “normalidad”. Angelita divide esta etapa en tres, dependiendo del sangrado y el tiempo que tarde en desaparecer; menciona que el puerperio inmediato permanece alrededor de cuatro días; el intermedio tiene una duración aproximada de ocho días; y el tardío puede durar hasta quince días. Ella explica que el sangrado debe ir disminuyendo a partir de la lactancia, “*porque esa es su oxitocina que está manejando la mamá, la natural, cuando le dé el pecho se le va a ir bajando su sangrado*”; el rango de tiempo más común para que esto suceda es de ocho días, mismo que varía dependiendo de cada mujer, sin embargo, el sangrado abundante que dura hasta quince días o más, implica un mayor riesgo por lo que las mujeres deben ser referidas al médico.

El plazo que las parteras tienen bajo vigilancia constante a las mujeres es de entre dos y tres días después del parto, ya sea que permanezcan en la casa de la partera o esta última realice las visitas domiciliarias. Los cuidados consisten principalmente en revisar que la mujer no tenga hemorragia, ni manifiesten sentir dolor de estómago, además de que se revisa que su temperatura corporal se encuentre normal; respecto al recién nacido, vigilan que no tenga dolor de estómago, que el ombligo no esté infectado o sangrando, y también verifican su temperatura. Posteriormente, se realiza el baño de hierbas para las mujeres, en este caso, el periodo en el que será realizado varía dependiendo de cada partera, Adelina y Esther lo llevan a cabo el segundo día, Angelita a los ocho días y Vicky hasta que se haya cumplido la cuarentena.

Adelina menciona que ella, debido a su edad, ya no baña a las mujeres, pero sí las orienta cuando le preguntan cómo hacerlo y qué plantas utilizar; relata que colocaba una silla, enfrente una tina y unos tabiques dentro de ésta, la mujer se sentaba en la silla, subía los pies en los tabiques y se tapaba con unas cobijas en la parte de adelante y otras en la espalda, esto permite la acumulación del vapor; para llevar a cabo el baño, utilizaba un “*ramo compuesto*”, que contiene: santa maría, romero, eucalipto⁶⁰, pirul⁶¹ y manzanilla⁶², “*se hervía en el agua hasta que quedaba negra, [...] en la tina se les va vaciando el agua pa’que todo ese vapor lo reciba, [...] se va moviendo el agua con el ramo, el ramo se le ponía en el vientre, en la espalda, en los pechos, se volvía a mover y se los iba poniendo*”, se quedaban ahí alrededor de una hora o hasta donde pudieran tolerar el agua caliente, para después sentarse completamente en la tina, posteriormente se enjuagaban, “*se envolvían, rápido se cambiaban, se enredaban y a acostarse otra vez*”. Este procedimiento se realizaba con la finalidad de “*amacizar*” los huesos, cerrar los poros, evitar sangrados y que la matriz regrese pronto a su estado normal. Este procedimiento lo llevan a cabo de la misma manera todas las parteras entrevistadas.

Por otro lado, para “*cerrar cintura*”, se utiliza un rebozo, se presiona y masajea la cintura y cadera de la mujer, posteriormente se le coloca una venda, tela o una cinta de telar para mantener la presión en la cintura, esto con la finalidad de que “*no anden flojas*”, reacomodar los huesos y órganos que se movieron o abrieron durante el embarazo y parto, y

⁶⁰ *Eucalyptus cinerea*.

⁶¹ *Schinus molle*.

⁶² *Chamaemelum nobile*.

evitar sangrados abundantes y dolores futuros; asimismo, resalta la importancia de que ellas mismas velen por su salud; al respecto, Angelita comenta:

luego como que sangran mucho o así, o no pueden agarrar algo porque ya están sangrando, o sea no, la mujer debe de estar bien, y cuando nace el niño, pues se abre, definitivamente se abre, pero luego ya la tenemos que recuperar, ya le decimos: —¿Cómo te sientes?, —ah estoy bien Doña Angelita, —no te dejes de fajar. Porque a veces nosotras somos bien necias.

Vicky fue la única que mencionó el uso del temazcal en lugar del baño de hierbas en casa, pero sólo si las mujeres lo prefieren, al respecto de ello menciona que:

se mete al temazcal y le metes un bote de agua con sus hierbas, es un ramo de baño que lleva piru, jarilla⁶³, romero, santa maría, todas las hierbas calientes, porque debe saber uno qué hierbas van, con esas hierbas se le pone o acá arriba en el bosque hay una hierba que se llama poleo⁶⁴ y que también es caliente, sirve mucho para ese tipo de baños.

Es muy importante que la temperatura del temazcal sea lo más caliente que aguante la mujer, pues necesita que se cierren bien sus huesos; una vez que la temperatura va descendiendo y está casi frío pueden meter al recién nacido para que también reciba un poco de calor. Todo el tiempo que dura el temazcal, Vicky hidrata a la mujer con té, además de cerrarles la cadera, para esto, mezcla un huevo con alcohol y se los unta en el pecho y la cadera, el cual deben mantener durante todo el tiempo que dure el baño. Una vez que la mujer sale del temazcal, se enjuaga con la misma infusión de hierbas que se utilizó, se arropa bien y descansa, en este periodo consume caldo de pollo o de gallina que previamente pidió a la familia que prepararan. Resalta que se debe tener mucho cuidado con los padecimientos que puedan tener las mujeres, pues si sufren de hipertensión o hipotensión no es recomendable hacer uso del temazcal.

⁶³ Planta arbustiva del género *Larrea*.

⁶⁴ *Mentha pulegium*.

Las recomendaciones que en general hacen las parteras, tienen que ver con la higiene personal para evitar infecciones, beber mucha agua y cuidar su alimentación, sobre todo aumentar el consumo de alimentos calientes, por ejemplo: caldo, verduras o infusiones; al respecto, Angelita menciona que además de ser benéfico para las mujeres y la lactancia, ayuda a prevenir que los niños se “*enrudezcan*”, lo cual quiere decir que las madres al tomar o comer cosas frías, enfrían la leche que proporcionan a sus hijos, por lo que advierte: “*no puedes ahorita andar comiendo nieves, estás amamantando, la leche sale calientito y tú la enfrías*”, la señal de que el recién nacido se “*enrudeció*” aparece “*cuando hacen de la popó los niños, a veces tienen tres meses, cuatro meses y dicen: —mire, es que está haciendo blanquizco, como el huevo, —es que eso está enrudecido*”; el remedio para cuando esto sucede, es que la madre tome bebidas calientes, ella sugiere el té de cedrón⁶⁵.

Se les indica a las mujeres que deben evitar realizar trabajo pesado o actividades que requieran mucho esfuerzo, sin embargo, cabe señalar que, esta última sugerencia no la pueden llevar a cabo todas las mujeres, debido a que, en diversos casos, no cuentan con el apoyo de su familia y tienen que regresar rápidamente a sus tareas domésticas y al cuidado de sus hijos.

En este periodo, al igual que en los anteriores, es regular que las parteras manifiesten la importancia de incorporar a la pareja en los cuidados de las mujeres y de los recién nacidos, por ejemplo, Angelita aconseja abstenerse de tener relaciones sexuales por al menos tres meses:

hablamos con sus esposos para que no las toquen, porque luego las embarazan muy rápidamente, —la tienes que cuidar eh, porque mira, está fresca. Ya le decimos ahí: —tienes que cuidar a tu mujer, —sí Doña Angelita, él se va a quedar en esa cama y yo acá, —bueno, que no se pase. Pero pues es normal y es lógico, pero pues hay que estarlo diciendo para que ellos también vayan ubicando, ya si la embaraza: —te lo dijimos, pero si tú, allá tú, nosotros ya no tenemos nada que ver ahí, se te indicó, que no quisiste, pues la mujer está fresca.

⁶⁵ *Aloysia citrodora*.

Esther habla con los varones para que apoyen y le demuestren cariño a su esposa, ella les comenta: *“yo así les digo a las parejas: —consientan a su pareja, quíeranla, atiéndanla y más cuando ya nazca tu bebé, toda la atención a tu esposa, hazle masajitos, acaríciala, llénala de besos”*. Ella señala que no sólo es importante lo biológico, sino también el factor emocional, pues desde el embarazo hasta el puerperio, la mujer sufre muchos cambios emocionales y hormonales, lo que provoca constantes variaciones de humor, que algunas veces puede derivar en el rechazo al recién nacido y la depresión postparto.

Respecto a los cuidados del infante en los primeros días y meses de nacido, Angelita recomienda:

que lo pongan de ladito, que lo pongan en alto, que se fijen que cuando se quiera ahogar, que le saquen bien el aire, que se bañen entre doce y una de la tarde, ese es el horario indicado porque es cuando el solecito está más mejor, que le den sus baños de sol, todo eso se los recomendamos y que le den nada más el pecho, que no le den formula, pero dicen: —es que se queda con hambre, —a ver, es que tú tienes que tomar muchos líquidos para que tengas buena leche, en cuanto tomes muchos líquidos te va a hacer la leche.

Recalca la importancia de seguir estos consejos, pues al ya no estar bajo su cuidado, toda la responsabilidad recae en los padres, *“ya después de que salen de nosotros, ya son cuidados de ellas, se les indica cómo deben de cuidar a su bebé: —si algo le pasara, conmigo ya no, ya es de ustedes”*.

La atención durante el puerperio, se hace extensiva a la lactancia, pues ésta es una de las causas más comunes por la que los servicios de Angelita son solicitados. Para realizar la *“curación para la leche”*, utiliza jarilla, la asa en el comal hasta que cambie de color, posteriormente, se pone en una olla de barro, se agrega alcohol y cuando ya está caliente, pero tolerable al tacto, se le coloca en la espalda y los senos de la mujer, este procedimiento se repite tres veces, después Angelita observa si ya produce leche, *“ya chisguetea, ya, eso ya está”*, al terminar el tratamiento, ella recomienda: *“es cosa de que tú le des a tu niño, si no quieres tomar líquidos se te va a ir la leche o te pones un sostén apretado se te va a ir la leche, entonces ahorita una playerita suave”*. Su trabajo como partera, aunado a la

efectividad de esta curación, le ha valido el reconocimiento por parte de las mujeres de Tecómítl y pueblos aledaños, de hecho, ella identifica que esa es su especialidad como partera.

Cuando las parteras terminan su labor durante este periodo, se despiden de las mujeres, pero se les recuerda que pueden acudir a ellas ante cualquier situación que se presente, ya sea alguna duda o malestar, al respecto Adelina relata:

ya cuando se van... cuando están aquí, las abrazo: —ándale cuídate mucho, si alguna cosa te duele o a tu niño, mándame llamar, mándame decir y te vemos. Les doy su abrazo, les doy su besito y se van; y cuando están allá, igual, —ya no voy a venir. Les paso a dar su beso y ya me... —ya no voy a venir, pero si algo se te ofrece llámame, ya vemos si es cosa de doctor, al doctor, pero si es cosa que podemos ver nosotros, te veo.

Cuidados Infantiles

Como he señalado, las parteras no se limitan al cuidado de las mujeres, sino que también dan algunos consejos sobre la crianza, lactancia y alimentación. Los cuidados infantiles van desde el baño del recién nacido, remedios para combatir el resfriado, hasta la curación de empacho y susto. Con cierta regularidad, Angelita es solicitada para bañar a los recién nacidos, esta actividad, puede repetirse hasta que el niño está cerca de cumplir los dos meses, sobre todo, por la insistencia de las madres, “*luego le digo a la mamá: —si ya viste cuántas veces cómo lo baño, hazlo, —no, no Doña Angelita, otro cachito y otro cachito*”. Tal insistencia se debe por un lado, al temor que las mujeres experimentan al bañar a sus hijos y por otra parte, a la forma en la que Angelita baña y estimula con ejercicios a los niños durante o después del baño; además de utilizar algunos ungüentos como *Vaseline* y arroparlos bien, para ella, esto provoca que los niños estén contentos, duerman bien y además evita que se resfríen; por lo tanto, siempre que un infante se resfría, recomienda que lo abriguen bien y le apliquen *Vaseline* después de bañarlo.

Como ya señalé, las parteras atienden algunos padecimientos de los recién nacidos e infantes, entre los que se encuentran: empacho, susto, caída de mollera y torcedura. A

continuación, describo las causas, consecuencias y tratamientos para cada uno de los padecimientos infantiles mencionados.

La caída de mollera se produce cuando los niños son muy pequeños – aproximadamente de 2 meses– y los enderezan de manera brusca; cuando un niño tiene caída la mollera, Adelina la diagnostica porque: *“trueno al estar comiendo el pecho, trueno la boquita o les dan la mamila y trueno mucho la lengua”*; al bajar el paladar les obstruye la respiración y pueden ahogarse, por lo que es importante atenderlos rápidamente; la forma en la que Adelina lo cura, es tomando un poco de agua y succionando la zona de la fontanela hasta que se vea otra vez pareja, además de recomendar que mantengan bien hidratados a los niños. Las terapéuticas que Vicky utiliza en este caso son dos, la primera de ellas consiste en lavar la boca del niño y luego introducir los dedos para ejercer un poco de presión en el paladar y subirlo; la segunda, es tomar a los niños por los tobillos, ponerlos cabeza abajo y golpear las plantas de los pies.

Otro de los padecimientos comunes en los infantes es el empacho, el cual es producido principalmente por la mala alimentación, por ejemplo, por el consumo de embutidos o algunas golosinas como: chicles, palomitas o cacahuates; así como de leche de fórmula –ya que no le proporcionan la cantidad adecuada para su edad– por eso mismo Angelita insiste en la importancia de la lactancia:

—nada más dale tu pecho y tú come bien, suficiente. Ya cuando tienen dos mesecitos, tres, están bien gorditos, pero nada más con el pecho, ya les decimos que ahí no les va a dar diarrea, no les va a doler el estómago, nada, entonces, pues qué más quieren, la leche de la mamá es la más mejor.

Los síntomas de este padecimiento son diarrea y sed constante, Angelita comenta que ella antes de realizar la curación pregunta a los padres si el niño ha tenido otros signos y síntomas, si responden que ha presentado fiebre, les dice que lo más recomendable es acudir al médico, porque eso indica que hay una infección. En diversas ocasiones, aunque ya esté medicado el infante, los padres visitan a Angelita para que cure a su hijo, pues, como ellos mencionan, algunas veces el medicamento no surte efecto. Todas las parteras coincidieron en que la forma de curar el empacho es utilizar pomada de *Pan puerco* para masajear suavemente

el vientre del infante, cuidando no apretar demasiado para evitar lastimar algún órgano, el masaje se hace en el sentido de las manecillas del reloj, posteriormente se recuesta al paciente boca abajo y lo “*truenan*”, es decir jala la piel de la espalda sobre la línea de la columna vertebral, cuando “*truenan*” es señal de que se ha despegado del estómago e intestinos, lo que le estaba provocando la enfermedad. Adelina comenta que las consecuencias de no curar a los niños pueden ser fatales, ya que “*también pueden morir de empacho, porque todo lo que ya tienen pegado se les seca por dentro, aunque tomen agua no lo arrojan, se les infla el estomaguito y se mueren*”.

Angelita les indica que como tratamiento complementario preparen un té de hierbabuena o manzanilla con tequesquite⁶⁶, se hierven los ingredientes, con cuidado se separa el agua de la tierra que suelta el tequesquite y se le proporcionan algunas cucharaditas al niño, esto es para “*para que le saque todo lo que ha comido*”. Todas las parteras coinciden en que el médico no puede curar a los niños de empacho, pues no es un padecimiento que ellos sepan atender.

Otra de las enfermedades que aquejan a los niños, y que puede llegar a ser mortal, es el susto; éste sucede cuando el infante presencia algo que lo espanta, por ejemplo, peleas y violencia doméstica, los perros callejeros, caídas, ruidos fuertes, sonidos de animales. Las parteras sí tuvieron algunas diferencias en cuanto a los síntomas y el tratamiento del susto; por ejemplo, Adelina comenta que el niño que está asustado se identifica porque las orejas se le ponen transparentes y el pulso es más acelerado, si no se atiende a tiempo puede causarles fiebre; el remedio para el susto es una limpia con *agua de espíritu*⁶⁷, epazote⁶⁸ y claveles rojos; la partera señala que las consecuencias del susto pueden ser graves, sobre todo debido a que no se atiende a tiempo, asisten con el médico y como él no puede identificar que es susto, le manda medicamentos que no le harán efecto, pasan varios días y el niño sigue espantado, es entonces cuando empiezan a dejar de comer y pueden llegar a morir derivado de la desnutrición.

En cambio, Angelita identifica el susto a partir de observar si el niño está inquieto, llora mucho, y cuando se encuentra dormido se sobresalta sin razón aparente. La técnica que utiliza Angelita para curar el susto, es “*barrer*” a los niños con un ramo de epazote morado,

⁶⁶ Sal mineral compuesta principalmente por cloruro y carbonato de sodio.

⁶⁷ Mezcla de aguardiente con diversas hierbas.

⁶⁸ *Chenopodium graveolens*.

posteriormente les junta sus manos con las palmas hacia arriba y ahí les llama por su nombre, finalmente, les coloca una jícara en la cabeza y le sopla, con eso el niño queda curado. Este método lo aprendió de los curanderos que ha conocido a lo largo de su vida, sobre todo en los encuentros de medicina tradicional. Es importante señalar, que este padecimiento no sólo afecta a los infantes, sino también a los adultos, sin embargo, al no considerarlo una de sus especialidades, se limita a curar a los infantes y sólo en caso de emergencia trata a los adultos, debido a que ella considera que en el susto hay otras intenciones y por eso hay gente especializada en curarlo.

Vicky señala que para curar el susto es necesario hacer una limpia con un ramo y se les grita tres veces su nombre en la fontanela y en la nuca, esto es necesario para que:

su espíritu o su esencia regrese, porque como te espantas, hasta los grandes cuando los llegan a asaltar o llevar una impresión, que maten a un familiar o aunque sea otra persona, va viendo y en frente de ti lo matan o se mata pues te espantas, es tanta la impresión que lleva tu corazón o tu esencia, tu alma, que se va y aparentemente... no sé si has visto u oído que luego dicen las personas “andan como idas” o “andan sin consciencia” o “andan así”, pero no es que anden, es que si... tampoco digo que se les salga el espíritu porque no tuvieran vida, pero sí, sí se llegan a espantar y andan así como todos desubicados.

Una vez que se ha hecho la limpia, es necesario tirar el ramo en un cruce de caminos y por donde casi no pase gente, con la finalidad de que otras personas no absorban el mal que ya fue limpiado. Otro de los padecimientos atendidos por Vicky son las torceduras de los niños, al respecto señala:

le tienes que dar un masaje a todo para comenzarlo bien y ya, es que luego nada más están llore y llore, pues ni sabes dónde le duele, entonces hay que darle un apapachito todo, le revisas todo, desde su cabecita hasta sus pies le

tienes que dar un masaje, un apapacho⁶⁹ decían las viejitas y con eso, santo remedio.

De igual forma, Adelina narra que cura de “torcedura”, “lastimado” y huesos; la curación es a través de masajes, utilizando un ungüento, anteriormente usaba pomada de arrayán, pero debido a que es muy caliente, ella empezó a tener dolor en los huesos y dejó de utilizarla, fue entonces cuando la sustituyó por pomada de manzana; menciona que al empezar a sobar inmediatamente se siente cuando una persona está lastimada, por lo tanto es importante cerciorarse de que en verdad estén lesionados y que no sea de gravedad, pues algunos curan sin saber, lo que puede perjudicar al paciente.

Cuando le pregunté a Adelina acerca de la frecuencia con la que las madres solicitaban su ayuda para aliviar alguno de los padecimientos anteriores, respondió que “*ya casi no, porque como ya es gente moderna ‘ay eso eran las antiguas, ahora ya no’, pero sigue el empacho, el espanto, todo eso, las caídas, todo, pero que ya son modernas*”, sólo cuando el médico no puede ayudar a sus hijos es cuando deciden acudir a ella, muchas veces convencidas por la abuela del infante,

Una señora me dice. —es que está enfermo mi hijo, —ha de estar empachado, —¡ay yo no creo en esas fregaderas! Así me lo dijo a mí, —yo no creo en esas fregaderas, ya me lo llevé al doctor. Como a los 2 meses, tocaron y salí, dice: —¿qué haces?, —pues aquí, haciéndome tonta. Porque ya era tarde, dice: —ay te vengo a pedir un favor, —¿Qué pasa?, —¿que si me haces favor de curar a mi niño de empacho y de los huesos? —pues no que no crees en esas fregaderas, no te lo puedo curar, —¡ay no seas mala! Ya lo llevé al doctor y no se me compone, —bueno, tráelo. Su niño estaba espantado, estaba empachado, se le había caído, ya le digo: —tu niño aparte de que se cayó, está empachado, espantado y lastimado, —cúramelo. De lastimado y del empacho los curo juntos, al mismo tiempo, le digo: —te lo voy a curar de lastimado y te lo voy a curar de empacho, de espanto después, —sí, pero

⁶⁹ Tiene como significado: “Acción de dar masaje a una persona. Viene del náhuatl *pachoa* que significa apretar” (Fagetti, 2003, p. 282)

cúramelo por favor. Se lo curé, —ya, ya se siente bien, —ya nada más me lo curas de espanto, —no creías en estas fregaderas, —de veras que yo no creía y mira ya se me compuso mi hijo, —no, aunque sea poquito hay que creer de todo, porque existen las cosas.

En el relato anterior, se pueden observar varias cuestiones, la primera, los conocimientos y habilidades de Adelina para atender algunos padecimientos infantiles, que van de la mano con su quehacer como partera, ya que brinda una atención integral a mujeres y niños; la segunda, los cambios que han habido respecto a la noción y existencia de estas enfermedades, pues al señalar que una persona es “moderna” o que se autodenomine de esa forma, implica la negación de dichos padecimientos; sin embargo, este punto se enlaza al tercero, ya que, al no tener una respuesta favorable de la biomedicina, se recurre a otras opciones de atención, aunque hayan sido negadas en un primer momento, lo que confirma el hecho de que en la búsqueda por restablecer la salud, los conjuntos sociales ponen en funcionamiento la interacción de los diversos modelos médicos.

Otras Atenciones en Salud Sexual y Reproductiva

La confianza que las mujeres tienen en las parteras, se ve reflejada en que no sólo son solicitadas para atender el embarazo, parto y puerperio, sino que algunas veces también acuden a ellas para pedir consejos en diferentes etapas de la vida reproductiva. Al respecto, Angelita comenta que algunas madres le piden ayuda para explicar a sus hijas lo relativo a la menarquia, ella les explica con claridad los cambios que experimentarán y los cuidados que deben tener a partir de ese momento, haciendo especial énfasis en el riesgo que representa un embarazo y parto a temprana edad, sobre todo debido a que el cuerpo todavía no está totalmente desarrollado para dicho proceso.

Angelita, vincula el tema anterior, con la importancia de estar informados en lo referente al uso de anticonceptivos, por lo que le parece fundamental explicar a las jóvenes, las consecuencias no sólo biológicas, sino también económicas y sociales, de tener hijos a temprana edad, debido a que ha visto varios casos en donde las adolescentes tienen hijos y son sus madres quienes terminan cuidando y haciéndose cargo económicamente del infante,

situación que para ella no es la adecuada, además de que muchas veces, las adolescentes truncan sus estudios y, en los casos más graves, “*se practican un mal aborto y jamás vuelven a tener hijos*”. La cuestión de la anticoncepción y planificación familiar la hace extensiva a mujeres y hombres adultos, pues ella considera que en esta época ya no es viable tener muchos hijos, debido a que son ellos quienes principalmente sufren, pues no se puede cumplir con las necesidades de cuidado, alimentación, educación, vestimenta, entre otros; motivos por los cuales, ella les aconseja la utilización de métodos anticonceptivos y a estar correctamente informados respecto a éstos; pide a los hombres que respeten a las mujeres, que las cuiden y que después de tener uno o dos hijos consideren la realización de alguna cirugía para evitar el embarazo.

En este sentido, Vicky les habla acerca de la importancia del uso del preservativo, debido a que además de evitar embarazos previene infecciones:

entonces pues no nos espantamos que tengan trece o catorce años y que ya tengan relaciones, porque es algo natural nomás que sí se deben cuidar y lo único que les decimos: —pues sí deben usar condón. Porque ahorita es lo más para evitar ese tipo de infecciones, sí nos han llegado con infecciones muy severas, ya muy graves a veces y bien chiquitas, ahí se lleva uno cada sorpresa, porque le preguntan: —¿Cuántas parejas ha tenido? —no pues que tres, cuatro, cinco. Y van en la secundaria, pues sí, uno: —¡santo por dios! Pero por dentro porque así no podemos decir nada porque si no te pierden la confianza, entonces así: —no, pues está bien. Y sabes que te tienen confianza, como el sacerdote que no tenemos que decir nada, aquí todo se queda porque ese es un juramento que hicimos de por sí, desde antes de que te comprometas y no andar platicando la vida de los demás.

La seguridad que generan las parteras, también se puede ver reflejada en que las mujeres, algunas veces, les piden que las acompañen al centro de salud, por ejemplo, Vicky señala:

vienen pacientitas que tienen infecciones graves y como no tienen confianza —es que quiero que pase la partera, nos dejan pasar a observar, nos dicen: —mira aquí esto por esto o el dispositivo lo tiene mal o no se ve porque tiene inflamación muy fuerte, vamos a darle esto y va a regresar para verle cómo está su dispositivo. Porque luego ni se ve, no nada más vienen por una cosa y ahorita con las infecciones pues sí, sí les decimos que nos tengan confianza, o las muchachitas que ya tienen sus novios y no les quieren decir a las mamás, entonces acuden a nosotros —¿me puede acompañar al centro de salud? Y nosotros nos sentimos que podemos apoyarlas en ese sentido, a que [no] recurra a otro tipo de cosas sin que sepa.

De la misma manera, les piden que intercedan ante el personal de salud cuando no las reciben; al respecto Angelita narra la vez que acudieron a ella porque una mujer tenía restos placentarios y no la habían querido recibir en el hospital, por lo que ella les indicó que la llevaran a urgencias y que les comentara a los médicos que iba de parte de ella:

cuando mandé la señora que le quedaron restos placentarios, la atendieron allá, dijo el doctor: —¿Quién la manda?, —nos dijo la partera de Tecómitl que le dejaron restos placentarios, —¿ella lo dijo?, —sí, —pásenla, por favor. Dice: —luego, luego nos pasaron. Porque no tenía mucho que había ido yo por la queja del médico, no tenía mucho y les dije: —no, vayan, —¿Y si vamos con su médico de usted? [refiriéndose al médico privado], —les va a cobrar como 11,000 pesos ¿los tienen?, —no, —ahí está, pues allá les van a hacer su limpieza, la van a limpiar y le van a mandar su antibiótico, no se preocupe, y dice [refiriéndose al médico]: —sí, sí pásenla, también el niño que se quede.

Asimismo, recurren a ellas cuando no les quedó clara la explicación que les dieron en el centro de salud, por poner un ejemplo, Esther comenta:

una muchachita me pidió un favor; yo le dije a la trabajadora social: —oiga ¿puedo hacer una pregunta?, —sí ¿de qué?, —esta muchachita dice que vino

a pedir para saber en qué hospital va a nacer su bebé, pero dice que no le entendió nada, entonces me pidió de favor que, si me podía decir a mí, para yo explicarle, es una niña, a pesar de que va a ser mamá es una niña.

Por otra parte, Angelita comenta que inclusive las mujeres mayores acuden a ella para pedir algún consejo o para que les aclare los diagnósticos médicos que les dan durante la menopausia, ella les explica los cambios que habrá en el cuerpo, lo respectivo a los niveles de estrógenos y recomienda algunos alimentos que pueden disminuir los síntomas que experimentan –por ejemplo, el ajonjolí– y de esta forma equilibrar el organismo de manera natural; les habla de la importancia de mantener una buena higiene, además de aconsejarles que acudan al médico para que les recomiende algún tratamiento para la sequedad vaginal, asimismo, las invita a que mantengan una vida sexual activa, ya que también puede tener consecuencias positivas para esta etapa de su vida.

Red de Parteras y Curanderas de la Ciudad de México “Nonantzin”

Uno de los proyectos en los que participaron las parteras entrevistadas fue en la *Red de Parteras y Curanderas de la Ciudad de México “Nonantzin”*, dicha organización tiene como antecedente la *Expo Nonantzin; Partería Intercultural*, realizada en Iztapalapa en 2016, la cual fue promovida por la Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades (SEDEREC), hoy SEPI; este evento fue coordinado por la historiadora y aprendiz de partería Tanya Gómez Rugerio. A partir de esta experiencia, el Centro Universitario de Alternativas Médicas (CUAM) elaboró un proyecto intitulado “Sistematización del Conocimiento de la Partería Tradicional Mexicana”, con el objetivo de establecer la licenciatura en Partería Tradicional, por lo que se aprovechó el acercamiento que Tanya Gómez había tenido con las parteras y se le encomendó la tarea de ubicarlas y entrevistarlas, con la finalidad de recopilar las historias de vida y terapéuticas de las especialistas tradicionales (Gómez-Rugerio, 2019:10, 12-13).

La relación que Tanya Gómez había establecido con la SEDEREC y con las parteras tradicionales facilitó la participación de las especialistas en diferentes eventos, lo que permitió afianzar su vinculación con las instituciones. A raíz de ello, en mayo de 2019,

participaron en la convocatoria del Programa de Fortalecimiento y Apoyo a las Comunidades Indígenas (FACO), en la sección de “Proyectos colectivos que reconstituyen el tejido y la articulación comunitaria, las prácticas y la cosmovisión de los pueblos y comunidades indígenas residentes de la Ciudad de México”; dicha convocatoria beneficiaría a treinta y cinco proyectos con diversos ejes temáticos, entre los cuales se encontraba “Alimentación y Salud”, eje en donde se insertó el proyecto en donde participaron las parteras.

En dicho proyecto se planteó un “Curso propedéutico de partera tradicional mexicana”, en donde las parteras tuvieran la posibilidad de transmitir algunos de sus saberes a personas interesadas en la práctica de partería; cabe mencionar que uno de los objetivos del proyecto, tal vez el más ambicioso, era la formación de nuevas generaciones de parteras tradicionales. Después de varias etapas de evaluación, el proyecto fue seleccionado y obtuvo un beneficio económico para adquirir los insumos necesarios para la impartición del curso. Es importante mencionar que tuve oportunidad de acompañar a las parteras a partir de la primera asamblea, misma que constituye uno de los requisitos planteados en la convocatoria; la idea detrás de esta reunión fue la presentación del proyecto a varios miembros de la comunidad, para que pudieran constatar la relevancia del mismo para su comunidad y que, por lo tanto, brinden su apoyo y aceptación. Fue a partir de la aprobación del proyecto que se consolidó la *Red de Parteras y Curanderas de la Ciudad de México “Nonantzin”*.

El curso fue planteado como un primer acercamiento debido a dos principales razones, la primera de ellas es que no existe una validación oficial de estudios de partería tradicional y, como se verá más adelante, tampoco se están expidiendo certificaciones a nuevas parteras tradicionales, por lo que no se podía garantizar el libre ejercicio de dicha labor; en segundo lugar, aún más importante, las parteras coinciden en que en un curso de tres meses (septiembre a diciembre 2019) no se pueden obtener todos los conocimientos necesarios para poder ser consideradas parteras, pues estos sólo pueden ser transmitidos y adquiridos a través de muchos años de experiencia, motivo por el cual sólo se planteó una pequeña introducción a la partería, después de la cual, las personas que decidieran continuar, sumado a la valoración de las parteras, podían acercarse a ellas para trabajar de manera cotidiana y ser aprendices de tiempo completo. Esta situación finalmente no sucedió, debido a una serie de dificultades entre las que sobresalen los problemas a los que se enfrentarían las nuevas parteras para ejercer libremente, además de otros conflictos como el darse cuenta

de que su futuro no se compaginaba con los objetivos y exigencias que plantea el ejercicio de la partería.

Imagen 6. Curso Propedéutico de Partera Tradicional Mexicana



Fotografía: Martínez Villarruel, octubre 2019

A lo largo del curso pude observar la manera en la que las parteras transmitían sus conocimientos, pero también aprendían de las compañeras que en ese momento impartían su clase; esta situación se evidenció a partir de las constantes participaciones, así como de los comentarios que hacían sobre las diferencias que encontraban entre su práctica y la terapéutica presentada. Asimismo, resultó muy evidente el hecho de que las asistentes fueron en su totalidad mujeres, y que, además, entre ellas había: curanderas, enfermeras perinatales, doulas, médicas, así como personas interesadas en acercarse por primera vez a la atención de la salud materna e infantil.

Imagen 7. *Curso Propedéutico de Partera Tradicional Mexicana*



Fotografía: Martínez Villarruel, octubre 2019

La relación entre las parteras y SEPI no se limitó únicamente a la convocatoria de FACO, sino que, desde unos meses antes, la Unidad Departamental de Medicina Tradicional mostró interés por conocer a las parteras y las problemáticas a las que se enfrentaban para ejercer su quehacer, así como escuchar los proyectos que tenían las especialistas tradicionales, en este sentido sobresale el deseo que manifestaron por establecer una casa de partos. Esta unidad departamental, según las palabras de quien en ese momento era el jefe departamental, tiene como objetivos “*visibilizar, dignificar y fortalecer la medicina tradicional*”, por medio de la generación de vínculos con otras instituciones de gobierno y con los médicos tradicionales; aunque como tal, no es competencia del departamento brindar soluciones por sí mismo a las problemáticas de los especialistas tradicionales, sí puede ofrecer orientación, acompañamiento y canalización a las dependencias correspondientes.

Además de las reuniones con la SEPI, se integraron a las parteras en algunas actividades organizadas con la Secretaría, entre ellas: el desfile en el marco del día de los pueblos indígenas, conversatorios sobre medicina tradicional y partería, además de ser invitadas como asistentes a foros sobre la participación y representación de las mujeres de

los pueblos originarios, la incorporación en el Directorio de Médicas y Médicos Tradicionales⁷⁰ y su posterior presentación en el Centro Histórico de la Ciudad de México en la Fiesta de las Culturas Indígenas.

Imagen 8. *Presentación del Directorio de Médicos y Médicas Tradicionales de la Cd. Mx.*



Fotografía: Martínez Villarruel, agosto 2019

Por otra parte, como una forma de dar a conocer la Red, se creó una página en Facebook en donde se hablaba del trabajo de las curanderas y parteras, además de que se publicaban temas diversos sobre salud femenina y se atendían diversas solicitudes de las usuarias; en caso de que requirieran algún tipo de atención específica, eran referidas con las parteras más cercanas a su domicilio. Las encargadas de dicha página fueron algunas de las integrantes jóvenes, quienes tenían mayor acceso y conocimiento de las redes sociales. Asimismo, se realizaban reuniones mensuales en donde se daba a conocer el avance de los proyectos, las invitaciones a eventos por parte de la SEPI, las actividades a realizar en el mes y la respuesta por parte de las usuarias a la página de Facebook; de esta forma las parteras podían estar enteradas y ellas mismas tomar acuerdos sobre las temáticas señaladas.

⁷⁰ https://www.sepi.cdmx.gob.mx/medicina_tradicional_indigena_CDMX

En otro sentido, se reestableció contacto con un médico del Centro de Salud de San Gregorio Atlapulco, Xochimilco, quien ya había colaborado con algunas enfermeras perinatales y parteras profesionales; en esta ocasión se le solicitó que el fungiera como respaldo de la Red, pues fue uno de los requisitos que solicitó el Departamento de Salud Materna de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México para que las enfermeras que se integraron a la Red pudieran ser registradas y accedieran a los certificados de nacimiento⁷¹.

Como parte de la relación establecida con el médico, se invitó a la Red de parteras a participar en dos Ferias de Salud, una realizada en San Gregorio y la otra en Santa María Nativitas, ambas llevadas a cabo en octubre 2019. La primera de ellas fue la de San Gregorio; este evento se llevó a cabo en el atrio de la iglesia del pueblo, y contó con diversas actividades entre las que se incluyeron esterilización canina y felina, módulo para mastografías, citología cervical, toma de glucosa, colesterol y triglicéridos, exámenes visuales, entre otras.

A las parteras se les citó a las ocho de la mañana, para que prepararan el lugar en donde darían sus atenciones; se les proporcionó un espacio en una carpa, el cual fue dividido mediante el uso de mamparas, de tal forma que estos espacios contaban con algunas colchonetas, además de los materiales que las parteras llevaron, lo que les proporcionó la suficiente privacidad para que las especialistas tradicionales pudieran realizar sus atenciones. Cabe señalar que las manteadas y las sobadas fueron las atenciones mayormente empleadas, ya que no sólo eran solicitadas por mujeres embarazadas, sino que también fueron usadas para acomodar el útero y ovarios de mujeres mayores, así como para el tratamiento de infertilidad y otros malestares musculares; asimismo, se hicieron curaciones de empacho, susto, limpias, entre otras actividades. Además de la participación de las parteras, asistieron las mujeres inscritas en el curso propedéutico para que empezaran a practicar lo aprendido, siempre bajo la supervisión de las parteras.

Al estar en un espacio de mucho tránsito peatonal, y que la feria fue realizada un día sábado, fue alto el número de personas que solicitaron atención por parte de las especialistas tradicionales, por lo que se hizo una gran fila para poder ser atendidos. Asimismo, una buena cantidad de personas solicitaron información sobre la ubicación de las parteras y curanderas para poder acudir a ellas en otros momentos o darle seguimiento a su tratamiento, sin embargo, algunos se mostraban un tanto desanimados por el hecho de que las terapeutas

⁷¹ Este tema se abordará en el siguiente capítulo

tradicionales no fueran de San Gregorio, sobre todo porque implicaba moverse a otras alcaldías como Milpa Alta, Coyoacán o Iztapalapa. Al finalizar la feria, los organizadores agradecieron a todos los asistentes y a las personas que prestaron sus servicios, incluidas las parteras, a las cuales además les reconocieron la labor que realizan desde hace muchos años.

Imagen 9. *Feria de Salud San Gregorio Atlapulco, Xochimilco*



Fotografía: Martínez Villarruel, octubre 2019

Quiero mencionar que, así como algunas personas reaccionaron respetuosamente hacia el trabajo de las especialistas tradicionales, hubo algunas otras que se mostraban en desacuerdo con este tipo de terapéuticas; no hubo ningún comentario directo hacia las parteras, pero al pasar donde se encontraba el letrero de la Red hacían gestos de desaprobación y en otros casos realizaron comentarios negativos en torno a la participación de estas especialistas, y en general de estos saberes y atenciones, en una feria de salud.

Una semana después, se llevó a cabo la Feria de la Salud en Santa María Nativitas; ésta fue realizada en la biblioteca “José Revueltas”, muy cerca del embarcadero Zacapa. De la misma forma que en el evento anterior, las parteras fueron citadas en el lugar muy temprano, en esta ocasión sólo se les proporcionó una carpa en un área verde. En dicho evento, la asistencia fue menor, considero que esto probablemente se debió a que no era un lugar por donde transitara mucha gente, además de que se llevó a cabo en viernes, día que

todavía es laboral; la mayoría de las atenciones brindadas por las parteras y curanderas, fueron sobadas y masajes, principalmente para dolores musculares, fueron muy pocas las mujeres embarazadas que acudieron o las que requerían algún tratamiento de infertilidad.

Por otro lado, durante la pandemia por COVID-19, el trabajo de la Red se tuvo que adaptar a los medios digitales; de esta forma, las reuniones mensuales se realizaron de manera virtual, situación que implicó varias complicaciones para las parteras, pues ninguna de ellas tuvo la posibilidad de participar en dichas reuniones, en este sentido, aunque las sesiones se realizaban de acuerdo al calendario establecido, quienes participaban eran algunas curanderas, enfermeras perinatales, doulas y algunas aprendices, por lo que, después de concluidas las reuniones, la información que se discutió se les hacía llegar de manera telefónica a las parteras, para mantenerlas al tanto de las actividades virtuales realizadas.

Atendiendo a este fenómeno, se intensificó la actividad de la Red en la página de Facebook; se elaboró un directorio con los nombres y direcciones de las curanderas, parteras tradicionales, parteras profesionales, enfermeras perinatales y doulas; además se hizo una convocatoria para integrar a especialistas que no pertenecieran a la red, con la finalidad de brindar a las mujeres una mayor cantidad de opciones de acceso a servicios maternos e infantiles. Durante el tiempo que colaboré con la Red, me pude percatar de que la atención que tenía mayor demanda fue el tratamiento para la infertilidad y en segundo lugar la atención del parto.

Pese a la demanda de atención en redes, en la realidad, la difusión virtual de la labor de las parteras trajo consigo otras complicaciones que impidieron concretar la atención de manera personal con las parteras, en este sentido, puedo ubicar dos obstáculos principales; el primero de ellos es que las mujeres pedían que se les diera un diagnóstico y tratamiento por el mismo medio en el que contactaron a la Red, es decir, pensaban que sólo con escribir sus síntomas en un mensaje se les daría la solución de la misma manera, lo cual no puede ser posible, pues como mencioné anteriormente, la forma de atención de las parteras es personal y, además de basarse en lo que las usuarias les comentan, se apoyan en otros sentidos como la vista y el tacto, por lo que las recomendaciones corresponden a situaciones específicas de cada mujer; la manera en que se intentó resolver este problema fue la canalización de las usuarias con la especialista más cercana a su domicilio o la más adecuada para el tratamiento

que requerían, situación que muchas veces no fue bien recibida por quienes solicitaban la consulta.

La segunda dificultad identificada, tiene que ver con la percepción que algunas mujeres tienen respecto a las parteras tradicionales y la atención que brindan durante el parto, por ejemplo, pensaban que por ser tradicionales el costo del parto tenía que ser casi simbólico; en otras ocasiones solicitaban que las especialistas tradicionales atendieran el parto en agua o con alguna otra técnica propia de las parteras profesionales o de reinterpretaciones de la *new age*, en este sentido, una integrante de la Red le preguntó a una de las parteras tradicionales si le gustaría y estaba dispuesta a atender el parto en agua, pero ella se mostró renuente, pues no era parte de los conocimientos que le habían transmitido las parteras con las que se instruyó.

Una de las últimas actividades como organización fue la participación en las primeras reuniones de la Agenda por la Defensa de la Partería, en donde todavía unas parteras, acompañada de otra integrante de la Red, hicieron notar las problemáticas a las que se enfrentaban para ejercer su labor y para transmitir sus conocimientos, así como también externaron su punto de vista sobre la normativa en torno a la partería. Sin embargo, derivado de la extensión de la pandemia, las dificultades de comunicación y algunas discrepancias respecto a los objetivos y las metas de la organización, no por parte de las parteras sino de diversos miembros de la Red, ésta terminó por disolverse.

Experiencias de las Usuarias en la Atención con Partera

Es importante señalar que inicié el contacto con cuatro usuarias, pero, mientras realizaba el trabajo de campo, una de ellas decidió retirarse de la investigación debido a conflictos familiares; la otra cambió de domicilio y ya no me fue posible reestablecer comunicación con ella; estos hechos, aunados a la pandemia por COVID-19, me imposibilitaron contactar a nuevas mujeres, es por esta razón que sólo se presentan los datos correspondientes a dos usuarias. No obstante, considero que la información recopilada nos ofrece una buena perspectiva sobre las causas que las llevaron a solicitar la atención de las especialistas tradicionales y la manera en la que fueron atendidas en diferentes etapas del ciclo reproductivo.

Brizo

Cuando le comenté a Adelina mi intención de entrevistar a mujeres que asistieran con parteras, inmediatamente me respondió que tenía una paciente a la que probablemente atendería en casa; esta situación me animó a plantear la posibilidad de que ella pudiera explicarle lo de la entrevista y así programar una cita; rápidamente me dijo que podíamos llamarle por teléfono, pues sería más eficiente la comunicación; una semana después me encontraba en casa de Brizo, lista para comenzar la entrevista.

El domicilio de Brizo, el cual comparte con la familia de su pareja, se encuentra en una calle cerrada a cuadra y media de la estación Olivos, de la línea 12 del metro. Ella es una mujer de treinta y cinco años, originaria de la Ciudad de México, trabaja como asesor pedagógico en la SEP y su pareja es investigador. Cuando acudí a la entrevista ella se encontraba a escasos días del parto.

Este fue el primer embarazo de Brizo, quien además comenta que fue sorpresivo, pues entre sus planes no se encontraba el ser mamá; después de una serie de estudios de laboratorio, se enteró del embarazo a las 10 semanas de gestación, a pesar de la sorpresa, recibió la noticia con gusto, lo mismo sucedió con su familia, ya que fue el primer nieto y sobrino por parte de ella. Con esta novedad, empezaron los consejos por parte de su familia y amigas para llevar de la mejor forma los síntomas del embarazo, aunque ella reconoce que este proceso ha sido afortunado, pues, salvo la acidez estomacal, no tuvo malestares que le impidieran hacer su vida normal.

Desde que supo que estaba embarazada comenzó su control en el ISSSTE, pero, además, se dedicó a buscar información acerca del embarazo y parto, de esta manera llegó a ver documentales sobre el parto humanizado. Señala que ella y su pareja platicaron de las ventajas de un parto en casa, pues ambos coincidían en que debido a la alta demanda de atención de partos que hay en los servicios de salud, los médicos no se dan abasto, lo cual influye en la calidad de la atención; este hecho, aunado al número de cesáreas que se practican en el país, fue lo que hizo que se plantearan la posibilidad de que una partera atendiera el parto. Al respecto, Brizo comenta:

me gustaría mucho que fuera un parto natural y empezamos a ver cifras y bueno, los partos por cesárea son demasiados, tanto en [clínicas] particulares como en los Seguros, entonces eso para mí, fue como una primera cuestión que me obliga a huir.

De esta forma, a los dos meses y medio de gestación, comenzó a buscar alguna partera que pudiera llevar el control del embarazo y posteriormente atender el parto. Brizo y su pareja acudieron a diferentes parteras, algunas le decían que podían atenderla hasta los tres meses, otras tantas le comentaron que ya podían recibirla, sin embargo, no lograron concretar una cita. Esta situación cambió cuando, en la presentación de un libro sobre parteras de la Ciudad de México, conoció a la especialista que consideró como la más adecuada para ella; a partir de entonces programaron una cita y, de esta manera, a los tres meses de gestación, inició con las consultas mensuales para control del embarazo.

Brizo señala, que su familia, así como la de su pareja, la apoyó en todo momento en su decisión de atenderse con una partera, ella relata que:

fue un poquito como de... a lo mejor miedo, en la cuestión de decir: —bueno y si algo grave pasa ¿qué vas a hacer? Pero en realidad nadie lo externo, porque mi mamá fue la que me dijo: —ah bueno, lo bueno es que tienes el ISSSTE, —sí, pero pues yo creo que no me voy a atender ahí. Y el ver sus caras, así como de... pensar algo que no dijeron, que reprimieron y ya, pero de ninguna manera fue ningún reproche, ni nada, sino como que lo pensaron, lo callaron y me dijeron: —está bien, si eso es lo que tú quieres, está bien.

Ella comenta que inclusive le ofrecieron ayuda para localizar a alguna especialista tradicional o para cualquier otra cosa que se necesitara, en este sentido, considera que todos aceptaron su decisión, puesto que no existieron quejas ni reclamos por parte de los miembros de su familia, o nunca fueron externados.

Por otro lado, al preguntarle por qué eligió atenderse con una partera tradicional y no con una profesional, la primera respuesta que dio fue la cuestión económica, pues señala que, en términos financieros es el tipo de atención al que puede acceder. En segundo lugar,

menciona el hecho de que ella todavía cree en los conocimientos ancestrales, los que tenían lugar en la época prehispánica, debido a su “riqueza espiritual” y el trato “humano”:

valoro mucho todavía todas esas prácticas ancestrales, esto del baño de temazcal, [...] incluso en la cuestión de la salud, de las plantas medicinales y todo eso, yo creo, soy una firme creyente de todo ese conocimiento que la ciencia moderna ha negado, ha desacreditado o no ha intentado hacer lo posible por convivir o por complementar, sino como que lo ha limitado y como que intenta desaparecerlo.

Señala que, además de la confianza que tiene en estos conocimientos, una de las figuras más importantes en su vida, su abuela, también realizaba este tipo de prácticas y tratamientos, pero de manera doméstica y siempre que ella la atendió sus remedios resultaron eficaces.

Brizo describe las consultas con la partera como terapéuticas, señala que desde que la vio, sintió confianza y ternura, como “*muy maternal*”, le agradó que no le hiciera preguntas invasivas, sino que, a través de la plática, obtenía la información requerida, como: número de embarazos, edad y nombre. Posteriormente, le pidió que se recostara y de inmediato comenzó a sobarle el vientre, ella relata que fue relajante y le transmitió ternura y paz; recuerda que después de esa primera cita, salió relajada, feliz y tranquila, ahí se sintió segura de haber elegido a la persona correcta. Por otro lado, le pareció importante que la partera haya hecho partícipe a su pareja, les hacía preguntas y platicaba con ambos; cuando masajeaba el vientre de Brizo, lo acercaba para que él sintiera los movimientos del feto e inclusive le ponía el estetoscopio de Pinard para que pudiera escuchar el latido, le decía que hablara mucho con el bebé, porque ya podía escucharlo y reconocerlo.

En los encuentros subsecuentes, la partera le preguntaba sobre sus síntomas, sus preocupaciones, su día a día, con la finalidad de asegurarse de que Brizo no sólo se encontraba bien biológicamente, sino también en otros aspectos de su vida, como en el familiar y laboral; le masajeaba el vientre, lo medía y escuchaba el latido del feto. Aunque en un principio las consultas eran mensuales, si tenía alguna duda o molestia, ella podía comunicarse con la partera o ir a visitarla, para saber qué es lo que estaba pasando con su

embarazo. Con el paso del tiempo y cada vez más cerca del alumbramiento, se tuvo que acortar el tiempo entre consultas, pasando de ser mensuales a quincenales. La sesión con la partera le pareció más íntima, ya que tiene una duración de aproximadamente una hora, tiempo en el que, como ya he comentado anteriormente, se pueden abordar diversos aspectos, además de que permite la generación de un vínculo:

yo siento una especie de vínculo entre partera, yo que estoy embarazada, mi pareja y el bebé, entonces incluso la partera a mí me dijo, antes de que me dijieran en el ultrasonido el sexo de mi bebé, la partera me dijo: —a mí se me hace que es niña. Ya cuando voy ahí al ultrasonido pues me dice que es niña, entonces yo dije: —sí, mi partera ya sabía. El trato es más cálido, mucho más cálido con una partera tradicional.

Inclusive, agradece que sea honesta, prudente y considere la opción de referirla con un médico; comenta que una vez que estaba resfriada, le preguntó si podía tomar algo, a lo que la partera respondió que era mejor que lo comentara con su médico. Son todos estos aspectos los que a Brizo le permitieron sentirse cómoda y segura con la decisión que había tomado.

Al ser mamá primeriza, algo que le preocupaba a Brizo, era cómo identificar el inicio del trabajo de parto, así que en las consultas prenatales la partera le indicó que sería un dolor en el vientre, pero que se extendería hacia la cadera y la espalda, le comentó que de inmediato se daría cuenta, porque no era un dolor que hubiese experimentado antes. Recuerda que alrededor de la 1:30 de la mañana, comenzó con ligeros dolores, justo como la partera se los había descrito; una hora más tarde, se levantó y fue al sanitario, ahí se dio cuenta que estaba arrojando flujo con un poco de sangre, lo cual ella identificó como otra señal; como aún era ligero el dolor, decidió esperar un poco más; fue hasta las 6 de la mañana que se comunicó con la partera para que acudiera a su casa.

La partera llegó alrededor de las 8:30 am, y comenzó haciéndole algunas preguntas sobre cómo se sentía, a qué hora había empezado y la revisó. Brizo comenta que los dolores todavía no eran muy fuertes, ella se sentía tranquila, inclusive estaba platicando de diversos temas con su pareja y la partera. El nacimiento, según los cálculos de la partera, sería

aproximadamente a las 5 de la tarde; Brizo no sabía cuánto tiempo había pasado, pues comenzó a perder la noción del tiempo, sólo estaba concentrada en el trabajo de parto, lo único que recuerda es el olor de la comida, por lo que más o menos calculó la hora.

A partir del tiempo que ella calculó, la hora aproximada de nacimiento que le dio la partera y el aumento de contracciones, pensó que el momento del alumbramiento se acercaba, lo que la motivó a buscar diferentes posiciones en las que ella se sentía cómoda, intentó acostada, parada y en cuclillas, fue en ese momento que le empezaron otras contracciones, a las que describe como raras:

por más que yo pujaba sentía que ya no abría y que ya no avanzaba, entonces sí me dolía, ahí ya me empezó a generar malestar, bueno, el dolor ya era más fuerte y yo pujaba, y pujaba, y pujaba, pero sentía que no... que mi bebé no avanzaba y que yo no dilataba más.

Desde ese momento, ella comienza a desesperarse, a sentirse tensa e insegura; la partera le sugirió a la pareja de Brizo que se colocara atrás de ella y la sostuviera, para poder darle mayor apoyo, sin embargo, no se sintió cómoda, caminaba y cambiaba de posición, pero parecía no funcionar, hasta que le dijo a la partera que necesitaba ir al sanitario, en esa postura se sintió cómoda, pues tenía sostén en las piernas y todo lo demás quedaba libre, así que le comunicó a la partera que era así como ella se sentía bien, entonces la partera le comentó que ella tenía un banquito así en su casa, pero que esta vez no lo había llevado con ella; le indicó a la pareja de Brizo que le quitara el asiento a una silla para que pudiera sentirse cómoda y así tener espacio suficiente para recibir al bebé, ella sintió que le funcionó un momento, pero de igual forma, cada vez que tenía contracciones pujaba, pero no sentía que avanzara; esto ocasionó que se desesperara aún más de lo que ya estaba. La partera le decía que iba bien, pero que pujara: “grita, llora, haz lo que quieras, pero puja”, cuando ella pujaba, la partera le comentaba que no estaba pujando como debía, ella no entendía qué era eso de “no estás pujando bien”, mientras esto sucedía, pensaba:

es que a la mejor yo no sirvo para esto, a la mejor va a ser cesárea, si ya no estoy dilatando, si ya no estoy pujando, si ya mi bebé no está avanzando, pues a la mejor necesito cesárea.

Fue entonces cuando decidió que lo mejor era irse al hospital. La partera comenzó a guardar los utensilios que ya había preparado para atender el parto y le dijo; “*si se van a ir al hospital, lo más rápido que se pueda, porque ella ya lleva bastante tiempo en labor de parto y para que no los agarre en el camino*”, posteriormente, Brizo relata:

entonces [la partera] me tomó muy tiernamente, muy maternal, recuerdo su rostro, todavía puedo sentir su ternura, toma mi cara en sus manos y me dice: —tranquila, tu bebé va a nacer bien, tu bebé va a estar bien, tú también vas a estar bien, cuando nazca me hablas y voy a venir a verlos, ustedes van a estar muy felices, va a estar muy sana. O sea, todavía también ella me dio mucha tranquilidad, me abrazó, me dio un beso en la frente y me dijo: —tranquila, todo va a estar bien.

Brizo comenta que, cuando decidió irse al hospital, se sintió desconsolada y “derrotada”, pues sintió que al no poder parir en casa y de manera natural le había fallado a su bebé y a ella misma, se sentía muy apenada con esa situación, fue entonces que las palabras de la partera le dieron el impulso necesario para seguir con su proceso de parto.

Sofía

A Sofía la conocí a través de Angelita, le comenté que requería entrevistar a algunas mujeres que asistieran con ella, al principio me dijo que ella no conocía bien la dirección de las mujeres que últimamente acudían con ella; después de insistirle, mencionó que cerca de ahí había una joven a la que estaba atendiendo, así que ese mismo día nos pusimos en camino para tener un primer acercamiento.

La casa en donde habita Sofía está muy cerca de la plaza central de San Antonio Tecómitl, más o menos a tres cuadras largas de la casa de la partera; el terreno se encuentra

sobre una avenida muy concurrida por lo que se utilizó un espacio para construir un pequeño local en donde actualmente venden frutas y legumbres, ahí Angelita le preguntó a los encargados si se encontraba Judith, la mamá de Sofía, ellos respondieron que sí y procedieron a llamarla, unos momentos después Judith salió y recibió con mucha alegría a Angelita, nos hizo pasar a una sala en donde se encontraba Sofía con su primera hija, fue en ese momento cuando Angelita me presentó y les comentó a grandes rasgos la intención que me había llevado ahí; después me cedió la palabra y les expliqué con más detalles la temática de la investigación y el interés en entrevistar a Sofía, ella aceptó, pero me solicitó que iniciáramos hasta la siguiente semana, debido a que en esa ocasión no tenía contemplada mi visita y tenía pendientes en el hogar. Judith continuó conversando unos minutos más con Angelita, le mostró el ultrasonido de Sofía y le preguntó si ya era tiempo de que le aplicaran la inyección para fortalecer los pulmones del feto⁷², Angelita le contestó que esperara unos días más y que ella misma se la pondría, nos despedimos y regresamos a casa de Angelita.

Una semana después llegué directamente a casa de Sofía, tanto ella como su mamá ya me estaban esperando. Sofía es una adolescente de diecisiete años, algo tímida, al principio parecía reservada para contestar las preguntas, pero posteriormente se fue relajando y la entrevista fluyó de mejor manera. Su primer embarazo ocurrió cuando tenía quince años, al momento de la entrevista se encontraba en la semana veintiseis de gestación de su segundo hijo. Concluyó la secundaria y actualmente se dedica al hogar, su pareja es chofer y trabaja por las tardes.

Sofía relata que al ser del mismo pueblo, Angelita fue quien la vio nacer, por eso la cercanía y confianza. Narra que se enteró de su primer embarazo a las dos semanas, debido a que se enfermó de gripa y no se curaba con ningún medicamento, motivo por el que acudió al médico, quien entre otros análisis le mandó a hacer una prueba de embarazo que salió positiva. Al respecto, la mamá de Sofía puntualiza que Angelita fue la primera que le anunció el embarazo, incluso antes que el médico:

fui con Angelita, ella la checó, le digo: —chécame a Sofía porque no se puede componer de la gripa. La vio y dice: —mmm ¿Por qué gordita? Porque así me dice, le digo: —porque qué crees, ya se juntó con su novio, ya se

⁷² Inyección de corticoides (dexametasona o betametasona).

juntaron. Y que le va tocando el vientre, como que le sobó y bien que se le formó una bolita y la ve de sus ojos, la vio de las uñas y dice: —sí, ya está embarazada, tiene una semana de embarazo, ya tiene una semana de embarazo, es como un puntito que tiene. Y ella empezó a llorar, entonces le preguntamos: —¿sí lo deseas o no? Y me dice ella: —sí, sí, lo que pasa es que lloro de gusto que ya voy a ser mamá. Pero la primeritita fue Angelita, la que me dijo.

Después de esa primera visita y el diagnóstico de embarazo, Sofía no volvió a asistir con la partera hasta aproximadamente las treinta y dos semanas de gestación, narra que tuvo un gran susto debido al sismo del 19 de septiembre de 2017, situación que le provocó sensación de desmayo y algunos dolores en el vientre; por la tarde su mamá la llevó con la partera, la revisó y le dijo que el feto ya se encontraba “*encajado*” para el nacimiento:

ese tiempo fue cuando pasó lo del temblor y me espanté, entonces se me bajó mucho la bebé, sí, ya tenía ocho meses, ocho meses, entonces fui para que me la volviera a subir y me la acomodara. Fui como tres veces, para lo mismo, para que me la volviera a acomodar porque se bajaba mucho, primero me sobaba y ya después con el rebozo me apretaba, ya después de ahí me decía que una semana tenía que usar el rebozo amarrado para que no se bajara.

Menciona que al principio tenía intención de que una partera atendiera el nacimiento, “*me quería aliviar con una partera, normal, pero la partera no quiso porque era muy chica, entonces no sabía si iba a haber complicaciones o no, entonces no se pudo, pero yo sí quería*”; la renuencia de Angelita de atenderla deriva, en primer lugar, de las indicaciones que les dan en los cursos de capacitación, ya que se les comenta que no deben atender mujeres menores de diecisiete años y mayores de treinta y cinco, pues implica mayor riesgo; en segundo lugar, tuvo una experiencia negativa con una adolescente de catorce años, la cual insistió en que la atendiera, pero al momento del parto tuvo una baja de presión, además de que el recién nacido pesó alrededor de cuatro kilos; afortunadamente Angelita logró sortear las dificultades que se presentaron y de esa forma tanto la madre como el recién nacido no

tuvieron mayores complicaciones, sin embargo, a partir de ese momento, Angelita dijo que nunca volvería a atender a una menor de diecisiete años. Posteriormente, la mamá de Sofía relata que se encontró a Angelita después del parto:

cuando le dije que había nacido la niña normal, me dijo: —sí me hubiera echado yo ese compromiso, pero me dio miedo porque como era la primera, no sé, no sabía yo como venía de... o sea como tenía su cavidad de ella, pero ya ahorita que supe que la niña nació normal, sí me hubiera comprometido a atenderla. Le digo: —pues ahora nada más ellos que decidan si quieren que nazca aquí el bebecito que viene en camino.

En este sentido, quedó abierta la posibilidad de que la partera la atienda en el segundo parto, no obstante, Sofía comenta que lo más probable es que vaya a acudir de nuevo al hospital, pues con la experiencia anterior ya sabe qué esperar de la atención hospitalaria.

Unos días después del parto, Sofía recurrió a Angelita por problemas con la lactancia, le aplicó un par de veces la terapéutica antes mencionada⁷³ y con eso Sofía se sintió mucho mejor y no tuvo mayores complicaciones:

después de que me alivié ella me ayudó, porque mis pechos se habían agrietado, entonces no le podía dar, bueno sí tenía leche, pero no podía porque no salía de lo agrietado que estaban, entonces me vino a curar la partera. Me pidió hierbas, alcohol y las puso al fuego y ya después me las puso a mí.

Por otro lado, Sofía se enteró de su segundo embarazo aproximadamente a las veinte semanas de gestación, ella menciona que hasta ese momento ella seguía menstruando y que el motivo de que acudiera al médico, igual que en su primer embarazo, fue por una gripe. Por lo que, ha acudido menor número de veces con la partera, sobre todo para que la sobe pues como ella relata: “con este nada más han sido dos, igual porque está muy encajado, entonces

⁷³ Ver p. 138

dice que como es el segundo embarazo es más probable que se acomode y se baje, entonces por eso voy a que me lo suba”.

En este caso, al entrevistar a la mamá de Sofía, me pude percatar la influencia que ella tiene en la perspectiva de su hija sobre la atención con las parteras, al respecto relata que ella conoce a Angelita desde hace mucho tiempo, pues anteriormente vivía cerca de su casa, además de que Sofía nació con ella: *“es que desde que ella nació, yo la fui a ver y ella nació con reflujo, entonces ella me la atendió y le sacaba toda la flema con perilla y su nuera le daba pecho, allá nació, esta Sofía”*. A partir de esta experiencia, Judith comenzó a confiar en los saberes de Angelita, por lo que ante algunas situaciones de salud le solicita ayuda, ya sea por algún procedimiento terapéutico, para que le administre inyecciones o le explique el diagnóstico y tratamiento indicado por el médico.

muchas cosas que nos ha hecho Angelita, yo corro con ella, desde que ella [Sofía] nació, le quitó el reflujo que tenía y así como yo vi que ella se lo hizo, yo se lo hice a la chiquita, porque también tenía reflujo, y así como veía yo que Angelita le hacía a mi hija yo también se lo hice a la bebé, y con una leche que le mandaron especial, la niña se compuso, se compuso, entonces bueno, yo sí le tengo fe a las parteras y más que todo que ella nos dijo de la niña, y con este bebé ya no pudimos ir con ella porque el doctor fue el que nos dijo.

Judith comenta que la confianza que le tiene a las parteras se origina en el hecho de que anteriormente todos los nacimientos eran en casa, aunque en la actualidad eso muchas veces es visto como antiguo; sin embargo, ella sigue teniendo la misma fe en el trabajo de las especialistas tradicionales, sobre todo porque también nació con una partera e inclusive la atendió durante su infancia, porque nació con una condición especial:

como mi mamá hacía mucha tortilla, entonces dice que a ella le daba el calor, tanto por la panza como por acá [en la espalda], porque ponía su tlecuil⁷⁴, como le llamamos aquí, ponía su tlecuil para hacer sus tortillas, mi hermana

⁷⁴ Fogón formado por tres piedras en donde se colocan los instrumentos de cocción, en este caso el comal para la elaboración de tortillas.

la mayora le ayudaba también a hacer tortillas, entonces ponían otro tlecuil atrás y ella estaba en medio de dos lumbres, entonces cuando se alivió de mí, yo nazco con la lengua de fuera y la partera, me inyectaba y me inyectaba, dice mi mamá que abajo del paladar me ponía inyecciones, no sabía ella qué tipo de inyecciones y se me fue metiendo la lengua, pero dice mi mamá que yo nací con la lengua de fuera y seseaba mucho, entonces le dijo la partera: — pues vamos a ver Rosita si se te logra tu niña. Porque la verdad, dice mi mamá: —no naciste cocida como tamal porque no se pudo. Pero dice que nací muy roja, roja, roja, bueno que no soy morena, pero que nací muy roja y que nací con la lengua de fuera, y la partera atendió a mi mamá de mí y con inyecciones me fue metiendo la lengua, la lengua, la lengua, para que no la sacara yo tanto.

Sin embargo, este sentimiento de seguridad no se produce nada más por el hecho de que sean parteras, pues comenta que únicamente confía en las especialistas que conoce y que sabe que no ha fallecido ninguna mujer o recién nacido con ella; esta situación la podemos observar en la mayoría de las zonas en donde atienden las parteras, pues su trayectoria y casos de éxito les da reconocimiento y estatus. Judith continúa señalando que algunas de las ventajas de que el parto sea atendido por una partera, es por un lado el pronto apego a la madre y en segundo, “*solamente así veíamos que no cambiaran a los niños o que les hicieran algo*”.

A modo de síntesis, lo expuesto en este capítulo, en primer lugar, da cuenta de la atención de las parteras, lo que nos permite ir vislumbrando la manera en que el MMH se ha ido expandiendo, permeando los saberes y prácticas de estas especialistas; un par de ejemplos de ello se pueden identificar en las recomendaciones que hacen sobre el consumo de suplementos alimenticios, o en torno al uso de los ultrasonidos; este último caso, resulta ser bastante significativo pues, además de utilizar la palpación del vientre —aspecto que ha sido fundamental en su quehacer—, se apoyan en esta herramienta para confirmar que el feto se encuentra en la presentación adecuada y que no hay otras complicaciones —como placenta previa o el tamaño del feto—, para decidir si ellas atienden el nacimiento.

En el caso de Angelita, quien como hemos visto inició su aprendizaje a partir del modelo biomédico, el uso de los estudios de laboratorio no es sólo una recomendación, sino que se vuelven un requisito indispensable para que ella se pueda hacer cargo del parto. Este hecho, sin embargo, no constituye una norma inamovible pues, en diversos casos, forma parte de un proceso de negociación, en el cual las parteras incorporan las prácticas biomédicas a las habilidades y destrezas que han desarrollado a lo largo del tiempo, este tipo de manifestaciones se pueden identificar, por ejemplo, en la sustitución de algunos medicamentos por plantas que cumplen la misma función de los fármacos.

El objetivo de presentar estos ejemplos no es juzgar o calificar las prácticas de las parteras ni las de la biomedicina, en cambio, se privilegia la reflexión sobre las manifestaciones sutiles de la medicalización en el quehacer de las parteras, como parte de la expansión del MMH, a través de un proceso transaccional. Pues las parteras, además de incorporar estos saberes y prácticas, van reconfigurando sus representaciones en torno al ciclo reproductivo, como queda velado en el discurso de Vicky, quien, además de señalar el parto como un proceso natural, poco a poco también fue manifestando cierta preocupación por los riesgos que conlleva.

En segundo lugar, los relatos de las usuarias dan cuenta de la manera en la que las experiencias, expectativas, historias familiares y sus propios contextos socioculturales van guiando los motivos que las impulsan a buscar atención diferente a la brindada por la biomedicina, por ejemplo, cuando no han encontrado una solución a sus problemas de salud, ya sea porque los métodos utilizados no les han resultado efectivos o por lo costoso que puede resultar, como el caso de los tratamientos para la infertilidad.

Otro punto que debe tenerse en cuenta es que, a nivel nacional, se pudo observar un incremento en los partos atendidos por parteras durante la pandemia; esto puede deberse al miedo de asistir a un hospital por los riesgos de contagio que representaba o porque los servicios de salud se vieron rebasados, además de que muchos de los hospitales contaban o fueron convertidos en espacios en donde se atendía de forma exclusiva a pacientes con COVID, situación que implicó una disminución en los servicios de atención así como un acentuamiento de los factores de riesgo.

Con relación a las usuarias, en el caso particular de Brizo, es posible observar que el acceso a la información sobre las condiciones en las que se atienden los partos en el ámbito

hospitalario, además del alto número de cesáreas que se practican, fue un factor determinante para que eligiera la atención de una partera; ello se suma a la seguridad que le hizo sentir desde la primera vez que acudió a consulta, situaciones que la motivaron a continuar el cuidado del embarazo con doña Adelina; sin embargo, el momento de crisis y lo vulnerable que se sintió durante el trabajo de parto –derivado del temor y de las dudas que surgieron sobre su capacidad, por ser madre primeriza–, la hicieron recurrir al hospital para dar a luz.

Para Sofía, en cambio, las experiencias que ha tenido principalmente en el ámbito familiar forman parte importante de las razones que la llevaron a decidirse por la atención de una especialista tradicional, esto se debe a que ella creció en un espacio en donde la partera es una figura importante para la atención de diversos padecimientos. En este sentido, la experiencia que su madre vivió ha influido considerablemente en la toma de decisiones de Sofía, sobre todo porque ella es quien la acompaña y anima para que asista con la partera.

Es importante mencionar que, en ambos casos, además de narrar la atención de la partera, me relataron la manera en la que fueron atendidas en las consultas con el médico y durante el parto, lo cual será retomado en el siguiente capítulo, en donde se plantea la interacción entre parteras, médicos y usuarias.

Capítulo 4. Interrelación con la Biomedicina

Como se pudo observar en el segundo capítulo, el desplazamiento de la partería tradicional en México ocurrió de manera paulatina, pues estas prácticas no fueron prohibidas de forma tajante, al contrario, han sido “reconocidas” y toleradas en los espacios en donde es difícil el acceso a los servicios de salud. Es importante puntualizar el hecho de que sean permitidas las especialistas tradicionales no quiere decir que ejerzan su labor de manera libre, debido a la existencia de varios mecanismos de control como: amenazas de cárcel si la mujer o el recién nacido fallece, condicionamiento de certificados de nacimiento y de apoyos gubernamentales, así como la entrega de recursos económicos para que no atiendan a las mujeres y, en cambio, las deriven a las unidades de salud (Fagetti y Martínez, 2020; Berrio, 2023).

En el caso de la Ciudad de México, derivado del proceso histórico, el centralismo del país, la expansión del cientificismo y, por lo tanto, de la biomedicina, este hecho se produjo de manera más acelerada, favorecido a su vez por la mayor cobertura de los servicios de salud, así como por un considerable número de recursos humanos y tecnológicos, hecho que abona a la idea de desarrollo y modernidad que implica la vida en la ciudad, en contraposición con los saberes tradicionales que son vistos como una señal de atraso; por tal motivo se podría pensar que los especialistas y sus saberes tradicionales en torno al cuidado a la salud materna han quedado rebasados, sin embargo, como se demostró en el capítulo anterior, no resulta del todo cierto.

En este sentido, la coexistencia de diversos sistemas médicos de cierta manera involucra la interrelación entre ellos, principalmente a través de los usuarios, dado que, en la búsqueda del restablecimiento de la salud, los asumen como complementarios y no-excluyentes (Zolla y Sánchez, 2016, p. 187); sin embargo, hay ocasiones en las que los propios sistemas, o los agentes de salud de cada uno de ellos, también establecen algún tipo de relación, especialmente en casos como el de la atención a la salud materna e infantil, aunque indudablemente éstas no necesariamente se producen de manera armónica, dado que conllevan relaciones de poder en donde la biomedicina como MMH subordina a la partería tradicional.

A partir de estos elementos, en el presente capítulo se describe y analiza la interrelación entre la biomedicina y la partería tradicional en la Ciudad de México a través de las experiencias de las parteras y de las usuarias, ya que éstas nos permiten dar cuenta de la forma en la que se han transformado las representaciones y prácticas en torno a la partería.

Experiencias de las Parteras

Cursos de Capacitación y Certificación

En México, los cursos de capacitación se han implementado desde hace varias décadas, inclusive en 1976 se promulgó el *Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados*, en el cual se establece que es atribución de las autoridades sanitarias el promover y llevar a cabo actividades que coadyuven al mejoramiento de la salud de la población, especialmente la materna e infantil. El objetivo del documento era la formación, capacitación y adiestramiento de personal que prestara sus servicios en los poblados alejados de los establecimientos de salud, de manera general, dicho reglamento dispone los requisitos que debían cubrir las personas que quisieran ser reconocidas como “parteras empíricas capacitadas”, así como los derechos, obligaciones y atribuciones que adquirirían con esa distinción; cabe señalar que, a pesar de que este reglamento fue abrogado en 1986, los cursos de capacitación y las certificaciones se siguen llevando a cabo cada cierto periodo, y resulta aún más llamativo el hecho de que los elementos que contenía el *Reglamento* serían retomados textualmente, más de treinta años después, para establecer la *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*⁷⁵.

En la actualidad, el objetivo principal de los cursos sigue siendo el mejoramiento de la salud materna e infantil y la colaboración en la disminución de la mortalidad concerniente al proceso reproductivo, para lo cual se les instruye a las especialistas tradicionales en el uso de técnicas de asepsia, antisepsia y la utilización de instrumental biomédico (pinzas, tijeras, estetoscopio, entre otros), y se ha enfatizado la identificación de los signos y síntomas de riesgo durante el embarazo y el parto, con la finalidad de que exista una derivación oportuna a los centros de salud y hospitales. Sin embargo, la principal función de los cursos, ha sido

⁷⁵ Ver p. 77

la restricción de las prácticas de las parteras y su paulatina eliminación; estos métodos se hacen evidentes cuando se les infunde miedo al mencionar que si atienden a mujeres que se encuentren en una situación considerada de riesgo⁷⁶, y la mujer o el recién nacido fallece, ellas irán a la cárcel, por lo que en algunas ocasiones prefieren dejar de ejercer su labor.

Específicamente en el caso de la Ciudad de México, Adelina relata que a principio de la década de los noventa, cuando unas personas acudieron a Culhuacán preguntando por ella, algunos habitantes del pueblo le advertían: “*andaban preguntando por ti, te van a llevar a la cárcel porque estás atendiendo partos, así es que no vayas a salir*”. Dicha situación le provocó temor, por lo que ella se escondía; narra que cuando las personas que la buscaban llegaban a su casa, indicaba a sus hijos que ellos abrieran la puerta y dijeran que no se encontraba, así pasó alrededor de un año y medio, hasta que un día, cuando sus hijos no estaban en casa, ella tuvo que recibirlos, hecho que rememora de la siguiente manera:

Voy a salir a ver quién es, veo y digo: no pues ya estuvo que me llevaron a la cárcel, —¿La señora Adelina?, —A sus órdenes, —¿Usted recibe partos?, — Sí, ya me explicaron el motivo, el por qué me andaban buscando.

Las personas que la estaban localizando eran trabajadores de la jurisdicción sanitaria de Coyoacán, ellos le explicaron que estaban ubicando a las parteras que correspondían a su área, con la finalidad de invitarlas a los cursos de capacitación que se impartirían en las oficinas de la Secretaría de Salud correspondientes. Le dieron una fecha y hora para que se presentara en las instalaciones, las cuales en ese tiempo se encontraban en el centro de salud “Margarita Chorné y Salazar”, ubicado en la avenida División del Norte, a unas cuantas cuadras de la avenida Miguel Ángel de Quevedo; Adelina recuerda muy bien que en ese momento pensó “*Desde cuándo ya hubiera salido*”, puesto que siempre le ha gustado ser partera y aprender constantemente sobre la atención materno-infantil.

Aquí quiero enfatizar las advertencias que hicieron los vecinos de Adelina, ya que muestran parte de las representaciones que los habitantes tenían respecto a la partera y su quehacer; en este sentido, aunque reconocieran la labor de Adelina como partera, pues ellos

⁷⁶ Además de incluir a las mujeres con padecimientos preexistentes o aquellos propios del embarazo (elementos conocidos por las parteras), también se incluyen a las primíparas, multíparas, menores de veinte años o mayores de treinta y cinco años, las cuales también son consideradas de riesgo.

mismos eran sus pacientes, existía cierta idea de que atender partos era un delito, y por tal motivo la llevarían a la cárcel, sobre todo porque la figura de la partera, al menos en la ciudad, se fue configurando como la de una persona que transgrede, que atenta contra la vida de las mujeres y los recién nacidos (Rosado, 2012). De esta manera, aunque los vecinos de Adelina pudieran dar cuenta que no había realizado ninguna actividad que fuese considerada como un delito, al ser partera no estaba exenta de cometerlos en algún momento, además de que al observar que personas ajenas a Culhuacán, trabajadores del Estado, preguntaban por ella y por la atención de partos, esto pudo generar cierta desconfianza por parte de los vecinos.

Ante eventos como el narrado, siguiendo la propuesta de Rosado (2012), se puede entender cómo el discurso médico, de la mano del legal, se encargó de criminalizar a la partería, sobre todo “por ser mujeres que al momento de ejercer su oficio podían cruzar la delgada línea entre la legalidad y la ilegalidad”, esto particularmente por tener la posibilidad de realizar abortos, hecho que se consideraba como un atentado contra la familia (Rosado, 2012, p. 45), razón por la cual fue una práctica condenada. De forma complementaria a estas normativas, en 1945 se incluyó en el *Reglamento de Profesiones* que solo las mujeres que tuvieran título podrían ejercer la partería (Rosado, 2012, p. 90), situación que además de permitir a la biomedicina vigilar las actividades de las parteras, le confirió el control del parto. Por lo tanto, no resulta difícil pensar que, aunque hayan pasado varias décadas desde la generación de discursos sobre la criminalidad de las parteras –propios de los años treinta y cuarenta del siglo XX–, las representaciones que persisten las conciben como insubordinadas, o como transgresoras de la hegemonía médica (Dietiker, 1998, p. 87).

Una vez que Adelina se integró a las reuniones de parteras, tenía que asistir cada semana a la jurisdicción, ahí se le enseñaba diversas cosas respecto al embarazo, el parto y el puerperio, así como de la atención al recién nacido. Asimismo, señala que no fueron muchas las parteras que se incorporaron a las reuniones, ya sea por miedo, por falta de información o simplemente por falta de interés, pues ella misma invitó a un par de parteras cercanas a su domicilio quienes, aunque en un primer momento aceptaron asistir, finalmente decidieron no acudir; ella les insistió un par de veces más, pero ante la negativa de éstas, no volvió a hacerlo. Para Esther fue un poco más sencilla la integración a los cursos, dado que Adelina ya tenía experiencia asistiendo. A pesar de ello, no se integró en el mismo momento debido a que todavía le tomó un tiempo dedicarse formalmente a la partería, porque, aunque

ya había atendido un primer parto sola, su interés no estaba centrado en esta labor, además se suma el hecho de que al casarse se enfocó en el cuidado de sus hijas.

Los cursos les permitieron vincularse con la jurisdicción sanitaria, lo cual se mantuvo por varios años, hasta que se jubiló la persona responsable de las parteras. Fue entonces cuando los encuentros en la jurisdicción de Coyoacán comenzaron a espaciarse, mientras el personal fue cambiado de manera constante. Finalmente, la última persona que estuvo a cargo decidió cancelar las reuniones, pues, al haber pocas parteras, no creyó necesario continuar con la capacitación; con relación a esto Adelina comenta: “*una doctora dijo que no, que para dos parteras, para qué nos hacía caso*”; de esta manera, la relación con la jurisdicción se limitó a la entrega de certificados de nacimiento.

En este sentido se puede identificar que la disminución del número de parteras en Coyoacán, y el constante cambio de personal en esta jurisdicción, son dos eventos determinantes en la cancelación de las reuniones pues, aunque no son el origen de este proceso, constituyen uno de los principales argumentos para evitar continuar con dichas actividades; sin embargo, algo que no debe perderse de vista es que una de las finalidades de los cursos de capacitación es instruir a las parteras para que contribuyan a la disminución de la mortalidad materna en los espacios en donde los servicios de salud no son suficientes (sin mencionar que además fomenta el control sobre las especialistas). Relacionar este precedente con el área geográfica a la que se está haciendo referencia, espacialmente ubicada en el centro de la Ciudad de México, supone la existencia de diversas vías de comunicación, así como de múltiples espacios a los que se puede recurrir para la atención a la salud; de esta forma, la existencia de dos parteras, en medio de una gran cantidad de oferta de salud, no representaba un riesgo, ya que de continuar con su actividad ésta sería mínima en el peor de los casos, razón por la cual no pareció relevante mantener la vinculación con dichas especialistas tradicionales.

La falta de comunicación con la jurisdicción implicó que las especialistas tradicionales ya no fueran tomadas en cuenta, pues ya no se les informaba sobre las reuniones que habría en otras alcaldías, no se enteraban sobre las recertificaciones o la actualización de la credencial de “parteras certificadas”, además de que al no asistir a estos encuentros también se limitan los posibles vínculos que se pueden establecer o mantener con parteras de otras zonas de la ciudad.

Por otro lado, en Milpa Alta, Angelita recuerda que a principios de los noventa mandaron llamar a las parteras de la alcaldía para que acudieran a la jurisdicción sanitaria correspondiente, la cual se encuentra en San Antonio Tecómitl –aproximadamente a dos cuadras de su casa–. Vicky, quien también asiste a la misma jurisdicción, menciona que en su caso ella iba al centro de salud del DIF, ahí les dieron una plática y les preguntaron si conocían a alguien que se dedicara a la partería, ella respondió que se dedicaba a atender partos. A partir de esa convocatoria reunieron a un grupo de aproximadamente dieciocho parteras provenientes de diferentes pueblos de la alcaldía, por ejemplo, Santa Ana Tlacotenco, San Pablo Oztotepec, Villa Milpa Alta y San Antonio Tecómitl, sin embargo, la mayoría eran mayores de ochenta años, por lo que en la actualidad sólo se tienen registradas cinco parteras. Cabe señalar que estos cursos permitieron la interacción entre las parteras más grandes y las jóvenes, por lo que muchas de ellas fungieron como maestras de Angelita y Vicky.

A partir de ese momento, las capacitaciones y el seguimiento a las parteras han sido constantes. Hasta principio del 2019 se les convocaba cada mes, posteriormente, derivado de la jubilación del médico encargado de las parteras, y mientras asignan a alguien permanente, se han programado cada dos meses. La duración de cada una de las reuniones es de entre tres y cuatro horas, las parteras tienen que ser constantes en la asistencia, pues si llegan a faltar dos veces seguidas les envían un citatorio para conocer los motivos por los que no han asistido. En estos cursos se abordan diferentes temas de interés para las parteras; en diversas ocasiones ellas mismas proponen el tema que se impartirá, de esta forma han recibido información en torno a la atención al recién nacido, complicaciones en el embarazo, enfermedades de transmisión sexual, e inclusive sobre interculturalidad en salud.

Además de los cursos de capacitación en la jurisdicción a la que pertenece cada una de las especialistas tradicionales, asistieron a diversos encuentros de parteras, talleres y cursos en localidades de otras alcaldías –como Iztapalapa, Tláhuac, Huayamilpas, Culhuacán, entre otros– y del país –Morelos, Oaxaca, Chiapas–; Adelina comenta que en su caso habían programado una salida al extranjero pero que finalmente no se llevó a cabo. Estos eventos sirvieron para que se conocieran entre parteras y además intercambiaran experiencias y conocimientos, por otro lado, se invitaban a médicos y enfermeras para ofrecer pláticas relativas a la salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, Esther menciona que, además de las reuniones en las diversas jurisdicciones, en algunas ocasiones acudió a pláticas en diferentes hospitales, por ejemplo, en el Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Fundación de Cáncer de Mama (FUCAM), Hospital Naval, dos Centros de Salud y un hospital privado. Sin embargo, ella comenta que, en una de las últimas pláticas a las que fue, se sintió incomoda, porque, desde su perspectiva, el personal que estaba dando la plática no se portó amable con ellas.

—oiga, está bien que nosotros seamos parteras, que no hayamos tenido estudios como ustedes lo tuvieron, pero yo creo que nosotras, mis compañeras aquí presentes, todas entendemos, ustedes nos explican el modo médico de cómo se hablan ustedes al nivel de con toda su gente con la que ustedes se juntan. Yo así se lo dije, porque estaba yo molesta y me sentí mal, porque dice: —ay bueno, ustedes qué van a saber. O sea, así como que... —O sea, sí te entendemos, tú ahorita estás hablando como estás hablando, pero nosotras te estamos tratando de captar, ya nosotros “ah sí, se trata de respiración al bebé, tratamiento a la mamá” o sea, tu modo médico, pero lo vamos entendiendo y si hay quién no, yo creo que te están siendo sinceras y te están haciendo preguntas, no es modo para que nos contestes “nosotras qué vamos a saber”. Esa fue una, la otra cuando nos explicó todo lo del control para no tener bebés, nos dice: —a ver, parteras ¿Quién sabe poner un condón? Quiero que pase aquí al frente. Agarra, se para una compañera y yo, —ah sí sabe, mire, que interesante. Digo, ese no es modo.

En otra ocasión, el médico que las llevó a la conferencia limitó la participación de las especialistas, al respecto Esther comenta: *“no eran groseros con nosotros, porque sí nos saludaban y todo, pero cuando pedían opiniones pues nosotros... luego decía el doctor ‘ya no digan nada, ustedes dejen que hablen los de allá’, no decíamos nada”*.

Al preguntarle a las parteras su opinión acerca de las capacitaciones, Angelita señala que los cursos de capacitación son importantes, ya que en estos se les enseña lo que deben hacer en caso de complicaciones y cuáles son sus limitantes en la atención durante el e/p/p,

por lo que en diversas ocasiones invitó a otras parteras del rumbo para que se integraran a los cursos, pero se negaron a asistir; por otro lado, comenta que algunas de las parteras mayores, que sí asistían a las reuniones en la jurisdicción, en diversos momentos hacían caso omiso a las indicaciones que les daban en las pláticas; derivado de ello a veces ponían en riesgo la salud de la paciente y del recién nacido, por lo cual ella insiste mucho en la relevancia de asistir a los cursos y sobre todo de seguir las instrucciones del personal médico.

Vicky, por otra parte, opina que los cursos le han servido para aprender en qué circunstancias se pueden “meter en problemas”, considera que entre más sepan identificar los signos y síntomas de riesgo, es mejor para ellas y sobre todo para las pacientes, “*porque son vidas y con la vida no se puede jugar*”. Asimismo, menciona que les han enseñado algunos procedimientos biomédicos, por ejemplo, a tomar la presión, la importancia de las vacunas, el tamiz, entre otros; por otra parte, enfatiza: “*tampoco hemos perdido lo de la partería porque si no, no tendría caso, ya seríamos personas más del Sector Salud, entonces como que ya se perdería todo lo bonito de la partería*”.

Adelina, al igual que Angelita y Vicky, opina que los cursos de capacitación y certificación son importantes, pues al aprender más cosas respecto al ciclo reproductivo pueden atender de mejor manera a las mujeres, además considera que es una forma de relacionarse con parteras de otras alcaldías y estados para compartir experiencias; pero también sugiere que debería haber una mayor participación de las parteras y no sólo escuchar la parte médica, para de esta forma complementar los conocimientos.

Esther difiere de las opiniones de las demás; por un lado, sí valora los conocimientos que el personal de salud les brinda, pues tienen alguna idea sobre las enfermedades que existen; pero igualmente manifiesta que desde su perspectiva los cursos de capacitación abordan temas que no competen totalmente a las parteras, ya que les exponen casos clínicos que, debido a su complejidad, es muy difícil que ellas lleguen a atenderlos. Aunado a lo anterior, refiere que los cursos han cambiado, porque anteriormente sí existía un diálogo con los médicos:

ya no es tanto como antes, que antes sí dialogábamos con los doctores y eso, porque hubo ocasiones en que sí nos decían: —a ver, las parteras. Ahora ya no, ahora ya nada más son los doctores, enfermeras y todo eso los que hablan,

sí saben que estamos las parteras, pero no dicen: —a ver, usted qué opina en este caso. O sea, no, igual y tal vez porque piensen que a lo mejor no sabemos del caso, no sé, pero así como antes ya no, te digo al principio sí, la verdad sí me gustaba porque habían ginecólogos, obstetras y nos hacían preguntas, — mire, esto es así. Sí te platicaban, al principio, ya después conforme fueron pasando como que ya... como dice mi mamá, pues ya nos fueron como que olvidando.

Hasta este punto, acorde a lo expuesto en los relatos anteriores, es posible observar que las parteras aceptan los cursos de capacitación como una oportunidad de aprendizaje para poder brindar a las usuarias mayor calidad en la atención, por lo tanto, no existe el rechazo a los saberes biomédicos, al contrario, los asumen como complementarios; sin embargo, sí hay inconformidad respecto al trato que reciben por parte del personal encargado de impartir el curso, debido a la discriminación a la que son sujetas, ya que no sólo desvalorizan sus saberes tradicionales, sino que también son vistas como personas con poco o nulo conocimiento sobre los temas expuestos, ya sea por su edad u origen.

En este sentido, aunque se han planteado y llevado a cabo algunos talleres y encuentros de intercambio de experiencias, saberes y enriquecimiento mutuo, una gran parte de los esfuerzos son empleados para llevar a cabo los cursos de capacitación, los cuales se realizan con mayor regularidad. No está de más recordar que estos cursos se proponen, diseñan e implementan desde el enfoque del MMH para instruir a las parteras, por lo que la biomedicina, sustentada en la racionalidad científica y la profesionalización, se permite marginar a otros modelos médicos (Menéndez, 1992, p. 107), dejando de lado los saberes tradicionales de las parteras, a pesar de la experiencia que éstas puedan tener. De esta forma, se puede decir que la idea de un vínculo o cooperación a través del diálogo es algo aún lejano, casi inexistente, o, mejor dicho, es reducido a un proceso de enseñanza-aprendizaje que se genera de manera unilateral, en donde el personal de salud es quien enseña y las parteras se circunscriben a aprender lo que les exponen, además de que limitan sus opiniones o su participación activa en los cursos.

Como se ha mencionado, parte de los fundamentos de los cursos se centran en el uso de algunos instrumentos biomédicos, la identificación de mujeres que no pueden ser

atendidas por parteras debido a sus antecedentes reproductivos, así como el reconocimiento de signos y síntomas de riesgo, situación que también ha sido documentada por diversos autores (Güemez, s.f.; Lerín, 2003; Fagetti, 2008; Araya, 2011; Martínez Villarruel, 2016); más allá de estos puntos, sin hacer menos su relevancia, me parece fundamental señalar que el cambio que se produce en las representaciones del e/p/p, pasando de un proceso natural a uno que implica riesgo, es uno de los elementos que más han impactado la labor de estas especialistas.

Al partir de la idea de que cualquier embarazo conlleva riesgo (perspectiva biomédica), independientemente si es considerado como patológico o no, y sobre todo al asumir que ellas, como especialistas tradicionales, no pueden atender a las embarazadas con complicaciones, se modifican diversas de las representaciones y prácticas que tienen en torno a la salud reproductiva, de su labor como parteras y sobre la biomedicina, lo que contribuye al proceso de subordinación al modelo biomédico (Jiménez, *et. al.* 2008, p. 163). De esta forma, además de las acciones de control explícitas, como las amenazas y los condicionamientos, las parteras incorporan diversas prácticas que les son imbuidas a través del consenso.

Por otra parte, debido a la tendencia medicalizadora del MMH (Menéndez, 1992, p. 102), la integración de saberes conlleva que las parteras también contribuyan a la medicalización del proceso de e/p/p, situación que se produce de manera sutil y que resulta más visible en torno a la partería tradicional urbana, ya que se tiene mayor acceso a los recursos biomédicos. El hecho de que exista esta incorporación de saberes, y la modificación de las representaciones y prácticas, no quiere decir que las especialistas son sujetos pasivos, que sólo aceptan lo instruido por el MMH, al contrario, la articulación de saberes se produce a través de un proceso transaccional e, inclusive, cuestionan directamente algunas de las acciones biomédicas, por ejemplo, el alto índice de cesáreas, la violencia obstétrica y la discriminación que existe hacia ellas y sus pacientes.

A manera de síntesis, al asumir el riesgo como algo inherente al embarazo y el parto, se modifican las prácticas en torno a éstos, se les enseña a las parteras a seguir las instrucciones del personal médico y a derivar a las pacientes para no “meterse en problemas”; derivado de esto se entiende que, además de cuidar a las mujeres a través de la incorporación

de saberes, las parteras también se protegen ellas mismas para no ser acusadas de alguna acción que ponga en riesgo su labor o su libertad.

Dejando de lado los cursos de capacitación, el otro elemento al que se debe hacer referencia son los cursos de certificación. Al respecto de este último punto, Adelina comenta que ella adquirió su certificación a través de algunas pruebas, al poco tiempo que se integró a la jurisdicción; narra que tuvieron que responder algunas preguntas sobre la atención al embarazo, parto y puerperio, asimismo, llevaron un muñeco para hacer una demostración de la forma en la que ellas atienden a los niños después del parto –limpieza y revisión–; una vez que concluyó la prueba, les fue entregado un reconocimiento y la credencial de partera certificada.

La última certificación en la Ciudad de México fue en 2009; para ello, la Secretaría de Salud convocó a las parteras de la ciudad a diferentes puntos, en su caso, Adelina y Esther tuvieron que asistir a un hospital cercano a la Basílica de Guadalupe, ahí les hicieron las pruebas para determinar si continuaban como parteras certificadas; este proceso consistió en responder algunas preguntas relativas a los cuidados durante el ciclo reproductivo y la atención al recién nacido; además de realizar una dinámica, en la que a cada partera se le asignó una mujer embarazada de las que asistieron a consulta ese día, ellas tuvieron que atenderla como normalmente lo hacen, hacerle preguntas de rutina, revisión y masajes, a partir de lo cual tuvieron que describir la posición en la que se encontraba el producto, señalar si había signos y síntomas de riesgo, de esta forma indicar si era viable un parto en casa con partera o tenía que ser derivada al hospital.

En el caso de Angelita, unos cuantos años después de haber ingresado a los cursos de capacitación realizó la evaluación para la certificación. Ella relata cómo fue la última certificación a la que asistió en 2009:

Nos mandaban al hospital de aquí, CIMIGEN de aquí de Lomas Estrella, ahí vamos a capacitación y a pláticas con los médicos, con los que ven a los niños, los que ven a las mamás, [...] ahí nos dan ocho días clases.

Después del curso, se les aplicaba una evaluación teórica y práctica, la cual consistía en responder algunas preguntas que el personal médico llevaba en un cuadernillo, ahí mismo

iban anotando las respuestas que las parteras daban, posteriormente, le solicitaban a alguna mujer embarazada que pasara a revisión con la partera, ahí observaban la forma en la atendían, las preguntas y valoración que hacían, al final, les preguntaban si la mujer podía ser atendida por una partera o debía ser referida al hospital, en el caso que le tocó a Angelita, la paciente forzosamente debía ser atendida en el hospital, pues tenía un embarazo gemelar, lo que implica una mayor probabilidad de complicaciones:

Ahí estaban los jefes; a mí me tocó que me agarraran una de dos niños, ya me hacen la pregunta. —¿Por qué usted cree que no se deba de aliviar? —ah pues porque no, a veces sale uno y el otro está mal, y hay complicaciones, no, los dos por arriba.

Una vez que se aprobaba la certificación o recertificación, se les entregó una nueva credencial; tres de las cuatro parteras la recibieron en el Museo del Fuego Nuevo, en Iztapalapa. En el caso de Vicky, ella asistió al curso de preparación, pero no pudo realizar el examen porque acababa de dar a luz, por lo que su credencial le fue entregada posteriormente. Las parteras coinciden en que la ventaja de ser certificadas consiste en que a ellas no les niegan el acceso a los certificados de nacimiento, aunque se debe puntualizar que, por un lado, algunas de ellas sí se han enfrentado a ciertas restricciones para obtener dicho documento.

Como se puede observar en los testimonios anteriores, los cursos de certificación tienen la función de evaluar y acreditar a las parteras tradicionales, ya que como MMH legitima jurídica y académicamente a las otras prácticas curadoras (Menéndez, 1992, p. 102). En este sentido, a las especialistas que aprueban el examen se les reconoce como personal que tiene las capacidades básicas para atender partos de bajo riesgo, además de que las autoridades sanitarias y del Registro Civil les permiten realizar trámites como el certificado de nacimiento.

El tema de la certificación ha dividido opiniones entre las parteras; en el caso de las parteras entrevistadas, ven como ventaja el hecho de ser certificadas ya que tanto ellas como las usuarias sienten mayor seguridad al poder identificar los signos y síntomas de riesgo, para de esta forma poder derivar a las mujeres en caso de emergencia obstétrica, ya que, reitero,

para las especialistas tradicionales el hecho de complementar sus conocimientos con los saberes biomédicos es asumido como una forma de mejorar la atención. Por otro lado, en los “Pronunciamientos”, así como en los diversos encuentros de parteras, nos podemos dar cuenta que no todas las especialistas están de acuerdo con las certificaciones, no porque estén en contra de los saberes biomédicos, sino por la forma mediante la cual se lleva a cabo dicho proceso, debido a que se pretende evaluar bajo sus condiciones un conocimiento que parte de principios epistémicos distintos, anulando de esta forma los saberes y la experiencia de las parteras tradicionales. Conjuntamente a esto, se debe tener en cuenta que hay parteras en zonas rurales que tienen amplia experiencia en la atención del e/p/p, pero que no pueden acceder a la certificación debido a que no saben leer y escribir, situación que se complejiza cuando se suma el hecho de que en múltiples ocasiones se trata de personas que únicamente hablan alguna lengua indígena, lo que dificulta significativamente la comunicación con el personal encargado del curso, pues, aunque se tenga la posibilidad de contar con traductores, la interpretación, así como la correcta transmisión de información, conceptos o de términos especializados, resulta en un proceso bastante complicado, lo que limita de forma importante la implementación de estas actividades (Martínez Villarruel, 2016, p. 81).

Certificados de Nacimiento

El acceso a los certificados de nacimiento es uno de los principales obstáculos a los que se enfrentan las parteras tradicionales de todo el territorio mexicano, ya que como hemos visto en los diversos testimonios y los Pronunciamientos de las organizaciones de parteras, estos documentos les son expedidos únicamente a las especialistas tradicionales certificadas, sin embargo, algunas veces a ellas también les son condicionados. Algunas de las parteras de la Ciudad de México se han enfrentado a la negativa del personal de la jurisdicción para entregarles dichos documentos (Araya, 2011; Fagetti y Martínez Villarruel, 2020; Sesia y Berrio, 2023), en otros casos los conflictos se producen en el Registro Civil, pues para obtener el acta de nacimiento, a los padres se les solicita que el certificado cuente con algún número de cédula profesional o que la partera resida en la misma alcaldía en la que se pretende hacer el registro del recién nacido. De esta manera, se ha convertido en otra forma de controlar y limitar el quehacer de las parteras.

Antes de entrar de lleno en los testimonios de las parteras, me parece prudente señalar de manera breve la normativa concerniente a los certificados de nacimiento. La *NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud*, establece en el punto 11.3 que es obligatoria la certificación para todo nacido vivo en el territorio nacional, al cual se le suma el artículo 19 de la *Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes*, en donde se determina que todos los niños tienen derecho a contar con nombre y apellidos, así como a ser inscritos en el Registro Civil de forma inmediata y gratuita.

Pese a la obligatoriedad, el no condicionamiento y el derecho a obtener el certificado de nacimiento, sí se deben cumplir con algunos protocolos para su expedición, en este sentido, se indica que el documento debe ser otorgado por un médico con cédula profesional o por una persona facultada por la autoridad sanitaria correspondiente; es en este rubro en donde entran las parteras certificadas independientemente de si el parto fue dentro de alguna unidad médica o fuera de ésta. Cuando el parto fue atendido por una persona que no se considera facultada, el proceso para obtener el certificado se modifica, en este caso si la madre acudió a consultas prenatales en alguna unidad médica, ésta es la responsable de expedir el documento, siempre y cuando se pueda comprobar el vínculo madre-hijo; si la madre tampoco acudió a consultas, entonces son los servicios estatales de salud quienes deben garantizar el acceso al certificado, de igual manera que en el caso anterior, se debe comprobar el vínculo entre la mujer y el recién nacido, de no ser posible, entonces se debe acudir a una autoridad competente⁷⁷; es así que quedan excluidas todas las especialistas tradicionales que nos son certificadas.

Anteriormente, según Adelina, no resultaba complicado registrar a los recién nacidos; relata que cuando ella comenzó a atender partos no pedían certificado de nacimiento, los padres del infante acudían al Registro Civil, registraban al niño y les daban el acta de nacimiento; posteriormente dejaron de registrar así a los infantes, entonces la partera tenía que acompañar a los padres al registro y dar testimonio de que ella había atendido a la madre y por ende era testigo de que el niño era hijo de las personas que lo llevaban a registrar; años después empezaron a pedir algún documento expedido por la partera, con la finalidad de dar

⁷⁷ Es entendible que se implementen estas normativas como una forma de garantizar la protección de los infantes, sin embargo, se dejan de lado las diversas circunstancias por las que las mujeres no asistieron a las consultas prenatales en las unidades de salud, o porque el parto no fue atendido por un médico o persona facultada, situación que complica la certificación del nacimiento y el posterior registro del recién nacido.

fe del nacimiento. En esa época, Adelina comenzó a anotar algunos datos de la madre y del recién nacido en hojas de cuaderno –fecha de nacimiento, nombre de la partera, nombre de la madre, dirección, peso y medida del recién nacido–; después, le pidieron que, además del documento que ella elaboraba, anexara copias de su identificación y de la credencial que la acreditaba como partera; más tarde, el personal de la jurisdicción le explicó que tenía que entregar los formatos oficiales que ellos proporcionaban, en un primer momento le entregaron un block con varios de estos; sin embargo, cambiaron una vez más, ahora pidiendo que con cada parto atendido asistiera a la jurisdicción para solicitar el certificado correspondiente, después de ello debía registrar el número de folio del documento que se le entregaba y regresarlo al día siguiente con la información necesaria.

Angelita y Vicky señalan que deben acudir a la jurisdicción a solicitar el documento oficial, ahí les piden mostrar su credencial de partera, después, les proporcionan la hoja de certificado, ellas tienen que anotar el número de folio y su nombre, de esta manera se certifica a quién le fue entregada. Una vez en su casa, llenan el certificado con los datos que les son requeridos, este documento contiene tres hojas, una es entregada a la familia para el posterior registro del recién nacido; otra se la quedan ellas; y una más tiene que ser devuelta a la jurisdicción junto con una copia de la identificación de la madre, de ellas y de su credencial de partera.

Uno de los motivos por el que les rechazan el certificado en el Registro Civil es cuando hay algún error, por mínimo que sea; esta situación generalmente se deriva de lo complicado que es llenar el certificado de nacimiento, por todos los datos que se requieren; la estrategia que utiliza Angelita es tener copias del formato para utilizarlas como borrador, completa los campos requeridos y se lo enseña a los familiares para que revisen que todo sea correcto, cuando ellos dan el visto bueno, procede a escribir la información en el original. Ella relata que, de haber algún error o que el documento se haya ensuciado o maltratado, deben acudir a levantar un acta para que invaliden ese certificado y les otorguen uno nuevo.

En algunas ocasiones han llamado a Angelita por parte del Registro Civil, porque tuvo algún error en el llenado del formato o porque no le colocó el sello con sus datos, al respecto ella señala que sí tiene su sello, pero no está actualizado, porque todavía dice “Distrito Federal” y “delegación”, ahora lo tiene que cambiar para que el sello contenga la leyenda “Ciudad de México” y “alcaldía”, situación por la cual no le es aceptado; por el

momento la jurisdicción se ha hecho cargo y ellos le proporcionan el sello necesario. Otra de las razones por las que el personal del registro ha rechazado el certificado es por la falta de cédula profesional, en ese sentido, ella les proporciona una copia de su credencial de partera certificada y les explica que no puede tener un número de cédula, al final aceptan registrar al recién nacido. La última complicación respecto al registro es cuando el parto no fue atendido en la misma alcaldía a la que pertenece la partera, al respecto Angelita defiende:

Salubridad nos dio una mochila para que atendiéramos donde nos llamaran, no solamente en Milpa Alta, no ¿por qué no 'más nos tenemos que quedar aquí? De por sí ni tenemos trabajo, por el hospital que ya da todo gratis, o sea, no, para eso nos dieron una mochila.

Cuando esto le fue comentado al director de la jurisdicción, él les brindó su apoyo y les dijo que lo comentaría con el juez, pero no sólo con el de Milpa Alta, pues él ya las conoce y no tienen problemas en su propia alcaldía, sino con jueces de otras alcaldías que se niegan a aceptar el certificado expedido por una partera que no pertenece a la misma zona. En este sentido, Angelita en todo momento ha exigido el derecho que ella tiene a acceder a los certificados de nacimiento y el derecho que tiene la familia a registrar al recién nacido.

Por otro lado, desde hace algunos años, a Adelina le fue negado el acceso a los certificados de nacimiento; al respecto, Esther relata que las citaron a un curso de capacitación, en donde también les entregaron unas mochilas con el material necesario para la atención del embarazo y parto; en ese momento, se enteró que ya habían dado de baja a su mamá del registro de parteras, y la explicación que le dieron es que debido a su edad ya no estaba en condiciones de ejercer

Cuando fue la entrega nada más me dieron el mío, dicen: —no, el de su mamá ya no. Fue cuando me dijeron que mi mamá ya no podía ejercer, a ella ya la habían dado de baja, incluso hasta le dije: —¿por qué? Mi mamá todavía ..., —no, ya no, ya es un riesgo y que no sé qué, —¡ay! pero si no las va a cargar, no carga a la muchacha, yo estoy ahí al pendiente. Ya dijeron que ya no, porque en el reporte que me hicieron firmar supuestamente iba a recibir dos,

el de mi mamá y el mío, me dijeron: —no, nada más es el tuyo, el de tu mamá ya no, ya no lo pidieron. Ahí pone, tenía el papelito, una hoja que firmé, decía “negado” el de mi mamá, ya nada más me dieron el mío.

A partir de ese momento, Adelina dejó de acudir a la jurisdicción para solicitar el certificado de nacimiento. Sin embargo, durante los últimos años, ha atendido los partos siempre acompañada de su hija, situación que le había permitido expedir dichos certificados.

Posteriormente, en agosto de 2018, a Esther tampoco le fueron proporcionados los certificados de nacimiento en la jurisdicción, ella comenta que el motivo fue haber ayudado a un grupo de parteras profesionales con las que había hecho equipo:

son parteras obstetras y ella me pidió de favor que la ayudara a atender los partos, o sea, que fuera yo, ellas lo atendían y yo veía como trabajaban todo, entonces pues le dije que sí, porque ellas ya como son... tienen título, supuestamente ellas ya no pueden atender partos, fue lo que a mí me comentaron, entonces, me pidieron de favor que si yo las acompañaba y sí, empezamos a trabajar así, entonces, ya del cuarto bebé, fui a traer el certificado de alumbramiento y me dijeron que ya no me lo iban a dar, que porque yo le estaba ayudando a alguien.

Esther continúa relatando que todo el conflicto comenzó cuando una de las parteras con las que colaboraba, al saber que se acercaba el día del parto y aún después de éste, acudió en varias ocasiones a la jurisdicción e intentó que le dieran el certificado a ella, lo que no sucedió, ya que ella no estaba registrada, además de que al ser partera profesional se tiene que ajustar a otro tipo de procesos y trámites para ser reconocida⁷⁸:

⁷⁸ Para que las enfermeras perinatales puedan atender partos de manera independiente y se les puedan otorgar los certificados de nacimiento, deben acudir a las oficinas de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en el área de salud materna, exponerle a la encargada la intención de ser registradas como personal para la atención de partos, para ello deben entregar documentos como: título y cédula de licenciatura en enfermería y especialidad en enfermería perinatal, identificación oficial, comprobante de domicilio y una carta responsiva de algún médico cercano a la vivienda de la solicitante, una vez que los documentos son revisados se envían a las oficinas centrales y posteriormente se le registra en la base de datos.

entonces, ella era la que andaba más insistiendo en que le dieran las certificaciones, [el médico dijo] —fue ella, la convenció, yo le dije, fui claro. Y ya me empezó a decir tanta cosa, yo le dije: —mire, si yo vine a pedirle la certificación fue porque yo auxilié a la señora, —no, no, yo no te lo voy a dar. De que dijo ya no, ya no me dio nada y agarro, delante de mí, que agarra la hojita que me llevo para que me expidan los certificados, que la rompe, —no te la voy a dar, ya no vengas entonces. Eso fue como por agosto, en octubre yo tenía que atender a una muchacha, entonces, yo le dije al doctor: —mire, en serio, necesito que me ayude, porque yo en octubre tengo que atender otro parto, —no, vaya a la delegación Xochimilco, vaya a Tlalpan, ahí que se las den, yo aquí no le voy a dar nada. O sea, ya se portó bien... se puede decir grosero o no sé, pero sí dije: —bueno, está bien. Sí me sentí mal, dije: —bueno. A final de cuentas yo no estoy haciendo nada grave, si yo no hubiera estado presente, pues sí, igual y no... Pero yo conocía a esas personas que se atendieron, sé de dónde eran y poquito o mucho, dos, tres consultitas, pues una sale, no, ya no me las quisieron dar.

Esta situación provocó que ya no atendiera más partos, pues no podía garantizarles a las familias el certificado de nacimiento. Posteriormente, en una de las reuniones con la SEPI, Esther manifestó dicha problemática; en este caso, su solicitud fue turnada al área de asesoría legal, en la cual tuvo que exponer de nuevo su situación; una vez hecho esto, le propusieron que hiciera una nueva visita a la jurisdicción en compañía de uno de los abogados de la SEPI, la cual fue programada para una semana después.

Llegado el día acordado, el abogado, una persona de la Unidad de Medicina Tradicional y yo, acompañamos a Esther a las instalaciones de la jurisdicción; llegando al lugar, le explicamos al personal de seguridad sobre nuestro motivo de visita, Esther le proporcionó el nombre de los médicos que conocía y nos dejaron pasar sin inconvenientes. Ya estando dentro de las oficinas, la secretaria hizo las mismas preguntas que el vigilante de la entrada, nos indicó que esperáramos y llamó a los médicos que Esther conocía, después de unos minutos nos hicieron pasar a una sala de reuniones.

Primero llegó el coordinador del área de salud materna, quien lleva más tiempo conociendo a Esther, pues en algún momento él impartió los cursos de capacitación y posteriormente les informaba sobre las fechas de los eventos que podían interesarles a las parteras y a los que podían asistir. El trato que manifestó al verla fue de familiaridad y de sorpresa; cuando Esther comentó el motivo de su visita, él le respondió que no tenía problema con ella, puesto que ya la conocía, pero que la entrega de los certificados de nacimiento no era algo de su competencia, por lo que tendrían que hablar con el otro médico.

Unos momentos después llegó el responsable de los certificados de nacimiento; cuando ingresó a la sala en donde nos encontrábamos, se presentó y saludó a todos, inmediatamente reconoció a Esther e hizo referencia al motivo por el que estaba ahí, en ese momento el abogado tomó la palabra e intentó mediar en la situación, no obstante, el médico no cambió de opinión, reiteró que no le daría los certificados de nacimiento porque ella había incurrido en una falta al darle los certificados a otra partera sin que ella estuviera presente en el momento del parto, acusación que Esther negó en todo momento. El médico continuó comentando que ellos también estaban siendo muy restringidos en los registros de nacimientos, razón por la cual, si es que le daba los certificados –que no iba a suceder–, sólo serían los concernientes a los nacimientos que ocurrieran en Coyoacán, si estos sucedían en otra alcaldía, tendría que ir a la jurisdicción correspondiente; una vez que terminó de comentar esto, insistió en que él había sido muy claro con las reglas y que no le iba a dar los documentos, que si ella quería podía ir directamente a las oficinas de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México a solicitarlos. El otro médico nos indicó la dirección y la ubicación dentro del edificio en donde podíamos encontrar a la líder estatal de Salud Materna y Perinatal.

Algunos días después acompañé a Esther a las oficinas de la Secretaría de Salud, localizamos a la persona que el médico de la jurisdicción nos había indicado, Esther le comentó el motivo por el que se encontraba ahí, la encargada la escuchó atentamente y comenzó a buscarla en los archivos de su computadora, ya que ahí tenían registradas a las parteras de la ciudad, ya sean tradicionales o profesionales, a las que se les pueden proporcionar los certificados de nacimiento. Cuando localizó el nombre, le dijo que seguía estando registrada, por lo que no había inconveniente, sólo tenía que reincorporarse a los cursos de capacitación, pero ahora en la jurisdicción de Iztapalapa y de esta manera ya no

tendría problemas, en cuanto a los certificados, los tendría que ir a recoger en la planta baja de esas mismas oficinas. Una vez que salimos de ahí, Esther se encontraba muy entusiasmada de poder volver a atender partos sin preocuparse por no poder obtener los certificados.

Como se puede identificar en los relatos anteriores, son diversos los escenarios de conflicto en torno a los certificados de nacimiento, en especial cuando se encuentran de por medio los trámites burocráticos, sin embargo, algo sobre lo que se debe hacer especial énfasis son las incongruencias que ocurren alrededor de este proceso, ya que en el marco legal, al ser parteras certificadas, tienen el derecho a expedir los certificados de nacimiento, pero en la práctica les ponen diversas trabas para obtenerlos o incluso para hacerlos válidos cuando son presentados en el Registro Civil.

Aquí quiero hacer un paréntesis para señalar la postura que tanto Brizo como su pareja tomaron respecto al certificado de nacimiento de su hija, ya que para la fecha probable del parto Adelina y Esther todavía no podían expedir dichos documentos. Brizo señala que desde el principio Adelina fue muy clara y les dijo que buscaran a otra partera que sí les pudiera dar el certificado, para que no tuvieran problemas al registrar al recién nacido, pero ellos sentían confianza con la partera que habían elegido, además ya había llevado todo el proceso de embarazo, así que le dijeron que ella atendiera el parto y que después verían como solucionar ese problema.

Al principio Brizo se sintió desanimada, porque tenía la esperanza de que su parto fuera en casa con esa partera y no quería buscar otra. Después pensó que podían ir al registro y decir que el nacimiento había sido en el traslado al hospital, pues este tipo de eventos han ocurrido en otras ocasiones en la ciudad, pero después su pareja le dijo que no tenían por qué mentir, pues estaban en su derecho de atender el parto en donde ellos decidieran, pues no se sentían conformes con la atención en el Seguro, además de que no les podían negar el derecho de registrar al recién nacido. Comprenden que las medidas que se toman son para evitar el robo de niños, pero también contaban con todas las pruebas para demostrar que realmente era su hija, “*pues claro, hay un registro, hay un antecedente de que yo estoy embarazada, entonces no habría problema para registrar’, siento yo que no debería haber problema para registrar a mi hija [...] porque ya hay un seguimiento médico*”. Una de las propuestas finales que hizo la partera fue acompañarlos, para constatar que atendió el parto y dar fe de que la niña era hija de Brizo.

Aunque finalmente el parto fue atendido en el ámbito hospitalario, este caso nos deja ver que las usuarias están tomando cada vez más un papel activo en la defensa de la partería, y sobre todo de su derecho a decidir en dónde y con quién parir. Brizo opina que esto es una razón de peso, ya que las mujeres han estado al margen de los médicos en esa decisión, a lo que se suma la cercanía que sintió con la partera, pues considera que la puede entender más una mujer que ya ha pasado por el proceso de embarazo y parto: *“no por atacarlo, sino simple y sencillamente por saber qué es lo que está pasando, porque de lo teórico a lo que uno vive hay un abismo de diferencia”*.

Relación con el Personal de Salud

Como he mencionado anteriormente, en la actualidad la relación de Adelina y Esther con el personal de la jurisdicción sanitaria es prácticamente inexistente, por un tiempo, esta relación fue únicamente para solicitar los certificados de nacimiento, pues además de eliminar los cursos de capacitación, en ningún momento les pidieron elaborar y entregar un registro de las atenciones otorgadas, al respecto Esther comenta:

nada más cuando llegábamos a jurisdicción anotábamos con nuestro puño y letra decir que folio nos tocaba del papel de certificación y la fecha de que me lo daban y la fecha que yo lo devolvía, nada más, era todo, no era mucho, o sea, te digo, nunca fue así como que llevar un control de decir cuántas embarazadas atendíamos, nunca, era así como que libre.

Por otro lado, la vinculación de ambas parteras con el centro de salud de Culhuacán es muy poca, nunca fueron incluidas como parteras en las actividades del centro de salud, únicamente asisten cuando algunas de las mujeres que atienden les solicita que les aclaren cierta información o cuando les piden que las acompañen a consulta, pero no las dejan entrar con ellas; en este sentido, Esther menciona que anteriormente sí las dejaban ingresar al consultorio, pero que actualmente ya sólo permiten que la pareja o la madre de la paciente las acompañe.

Inclusive, por medio de algunas de las mujeres que atienden, llegaron a enterarse que parte del personal médico menospreciaba y desacreditaba los conocimientos y prácticas de las parteras, Esther relata que la compañera de una de sus hijas durante su embarazo percibía molestias en el vientre y tenía problemas para encontrar una posición en la que se sintiera cómoda, la hija de Esther le comentó:

—mi mamá es partera, si quieres que te acomode tu bebé, tu bebé ha de venir mal, —no, gracias, —¿Por qué?, —es que allá donde me estoy atendiendo, me dijeron que las parteras son bien sucias, son personas que han causado muchos problemas y además no son de confiar, también se dedican a hacer otras cosas con los niños, —No, si mi mamá me vio a mí, ha visto mucha gente, —No te quiero llevar la contraria, así déjalo, —Bueno es que tú estás sufriendo y eso tiene solución, ¿sí es en serio lo que te dijeron?, —Sí, en el Seguro es lo que me dijeron, es más llegan y te dan pláticas y te dicen: —ni se les ocurra buscar parteras, prohibido y la que venga aquí y diga que porque la partera... no se le va a atender.

De esta forma, además de discriminar el saber de las parteras, se condiciona a las mujeres para que sólo asistan al centro de salud y dejen de acudir a otras formas de atención, aunque éstas sean utilizadas de manera complementaria. Es importante señalar que no todo el personal de salud opina de la misma forma, al respecto Esther continúa narrando:

también conozco muchachas que están embarazadas y yo luego les digo. —si quieres yo te lo acomodo, —no señora, gracias. Y digo: —¿Pues qué les han de decir en el doctor? Que de plano ya no, una muchacha apenas me preguntó, me dijo: —Ay señora, me da mucha pena, pero es que fíjese que fui al doctor y me dijeron que mi bebé viene de nalguitas y una enfermera de ahí me dijo: —busca una partera y que te lo acomode. Que escucha el doctor y la regañó bien feo, —ya te dije que aquí tienes prohibido mencionar a esas mujeres, esas no nos sirven de nada, esas mujeres nada más nos causan problemas.

De esta forma, también hay conflictos entre los médicos y enfermeras que ven como una opción viable la atención de las parteras como una forma de evitar posibles complicaciones, en el caso anterior se le suma el hecho de que la enfermera también estaba en una posición subordinada al médico, lo que resultó en la llamada de atención. No obstante, las pacientes han comunicado a las parteras que en el centro de salud han recuperado y enseñado técnicas para acomodar al feto o cómo acomodarse para dormir mejor, en opinión de Esther, la biomedicina se ha apropiado de métodos utilizados por las parteras:

pues no lo sabían, ahora ya lo están diciendo, que por parte del Sector Salud ya se saben esa técnica, pero pues en sí no, no, porque nosotras fuimos las que les dijimos, esa de ponerte el cojín, cómo ponerte los cojines, cómo hacer ejercicio gateando para que el bebé se voltee y todo eso.

Lo que también a ella le resulta contradictorio, es que: “*como que a la vez se puede decir que nos discriminan y a la vez como que digo, nos van a seguir necesitando*”. Es preciso decir que esta situación no es generalizada, pues algunas enfermeras y médicos, sí llegan a recomendar asistir con parteras, sobre todo para que acomoden al feto en la presentación adecuada para el nacimiento y así evitar una posible cesárea.

Por otra parte, Adelina estableció contacto con un médico privado quien tenía su consultorio por Taxqueña, relata que fue a través de una paciente que él se enteró que ella hacía curaciones, la mujer llevó a su hijo al médico debido a que tenía una enfermedad gastrointestinal, el médico después de haberlo revisado y mandado medicamento, le recomendó a la madre que buscara a alguien quien le “*jalara el cuero a su hijo*”, para que lo curaran de empacho, la señora le dijo a su hijo que saliendo de consulta irían con Adelina, el médico escuchó y preguntó más detalles de la dirección en donde podía encontrarla, a partir de ahí, el médico le envió a muchos pacientes para que los curara de diversos padecimientos. Asimismo, otro médico que vivía cerca de su casa la apoyó en el momento que se presentaron complicaciones en algunos partos que atendió, por ejemplo, cuando un niño nació muerto y presentaba malformaciones en la cabeza, en ese momento ella mandó llamar al médico, para que él revisara al infante y diera constancia de que había nacido sin vida y de que no se había cometido negligencia por parte de la partera.

A diferencia de las parteras de Coyoacán, Angelita y Vicky sí tienen que entregar cada mes el informe de las atenciones que han brindado; les otorgaron un formato que contiene diversas causas de atención, entre las que se encuentran: mujer embarazada, parto normal, aborto, niña viva, niño vivo, niño muerto, niña muerta, muerte materna, puerperio normal, embarazo con complicaciones, entre otros; ellas deben anotar el número de atenciones que realizaron por cada causa, y en el último recuadro del documento, correspondiente a “otros”, ahí registran, sólo por nombrar algunas, atención a los niños, tratamiento a la lactancia, baño en el puerperio, empacho y susto⁷⁹.

Los centros de salud correspondientes al domicilio de las parteras también han tenido un papel importante, en especial el de Tecómitl, el cual le ha brindado apoyo a Angelita para esterilizar el instrumental que utiliza para la atención del parto, puesto que, cuando se acerca la fecha en que atenderá un alumbramiento, Angelita entrega el material y al día siguiente se lo devuelven esterilizado y sellado. El hecho de que su presencia sea constante, tanto en la jurisdicción como en el centro de salud, ha permitido que la conozcan y la reconozcan, lo que facilita que cuando ella manda a algún paciente a consulta, vacunas o por alguna complicación, sea atendido de manera oportuna.

Por otro lado, la relación que las parteras han tenido con el personal de salud que labora ahí es descrita por Angelita como cercana, esto ha derivado en que puedan externar su opinión cuando no están de acuerdo en el trato que se les da, por ejemplo, ella relata que:

Había una doctora, mucho antes, que decía que todos los de Tulyehualco para acá éramos huarachudos, digo: —¡ah ésta, pues qué! No, no la asustamos, ya hasta que nos la quitaron, entró el director y dijo... el director de directores y dijo: —¿están contentas parteras con la doctora nueva que les pusimos? Ya tiene tiempo, —pues sí, pero no estamos a gusto, doctor, —¿Por qué?, —pues porque ella siempre nos está sobajando y nos está diciendo de cosas, entonces no, no estamos a gusto. Y nos la cambiaron.

⁷⁹ Consultar anexo 5

Así como este breve ejemplo, han ocurrido otras situaciones en donde las parteras son discriminadas por su origen o por la labor que desempeñan; otro ejemplo de ello se presentó en un curso al que asistieron, Angelita relata la confrontación con una médica:

—bueno, yo quiero hablar. Y la doctora —¡cállate!, —a ver ¿por qué me voy a callar? no, a ver, quiero hablar. Ya me decían —a ver Angelita, a ver partera ¿qué necesita?, —ah mire, yo necesito hacer una pregunta, que si ustedes dicen que ya no vamos a atender a las muchachas de diecisiete, dieciocho años, que nada más las de veinte, si nos llega una de diecisiete años y ya se está saliendo su niño ¿qué hacemos, las mandamos al hospital o qué?, —ah no, entonces ahí sí las tienen que atender, —por fin. Y eso era lo que le molestaba a la doctora, que yo hablara, que dijera: —¿por qué esto? Y ella decía: —es que no debes de ser así, —no, pues no, discúlpeme, pero a mí nadie me va a mandar, yo no estoy en ninguna institución que tenga que hacer lo que ustedes dicen.

Es así que ella en todo momento ha ejercido y exigido su derecho a opinar, externar cualquier duda que se le presenta y defender que de ninguna manera la tienen que discriminar o menospreciar por ser partera; de esta forma, pese a ser la más cercana a los biomédicos y concordar con varias de sus posturas, nunca ha dejado de expresar su inconformidad con alguna acción o comentario.

Por otra parte, es importante mencionar que la relación laboral que Angelita estableció con el médico privado, con quien trabajó por cerca de 10 años, le ha beneficiado a ella y a sus pacientes, ya que cuando hay alguna complicación durante el embarazo o el puerperio puede referirlas con él; asimismo, si hay algún ligero desgarramiento durante el parto, le solicita apoyo para que realice la sutura; aparte de consultarle las dudas que tiene respecto a los padecimientos de pacientes que llegan con ella solicitándole atención. Para algunas otras dudas que ella tiene, hace uso de la tecnología, ya que a partir de unas reuniones mensuales a las que asistió con un grupo de médicos de Chalco, se integró a un grupo de *WhatsApp* en donde comparten casos médicos y dialogan sobre los diagnósticos y

tratamientos, ella además de expresar sus dudas, ubica a diferentes especialistas con quienes puede referir a sus pacientes.

De manera general, podemos decir que la relación entre parteras y personal de salud ha sido de constante tensión, sobre todo debido a la posición subordinada en la que se encuentran las especialistas tradicionales respecto a la biomedicina, sin embargo, las parteras también han encontrado médicos que las respetan, reconocen y apoyan cuando lo necesitan. Igualmente, quiero señalar que, aunque de cierta forma todas las parteras han establecido algún vínculo con algún médico, Angelita es quien lo mantiene de manera constante, situación que considero deriva de su aprendizaje, el cual, si recordamos, fue en un sanatorio, hecho que se suma al periodo que estuvo trabajando con un médico privado; en ambas circunstancias, tanto la instrucción como la observación que los médicos realizaron sobre las actividades que desempeñaba Angelita forman parte importante del reconocimiento que ha adquirido, en este sentido, la asimilación y aceptación de las prácticas biomédicas es un proceso que en su caso ocurre de forma natural.

Usuaris en los Servicios de Salud

Consulta Prenatal

Desde que supieron de su embarazo, las dos usuarias entrevistadas acudieron mensualmente a las consultas prenatales, Brizo en una Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, y Sofía en el Centro de Salud de Tecómitl ya que estaba registrada en el Seguro Popular. Con relación a las consultas, Sofía comenta:

[revisan que] el bebé vaya bien, lo miden, escuchan su latido, nos pesan y ya de ahí como nos sentimos, nos mandan a hacer otro ultrasonido para que vean cómo va el bebé, cada tres meses nos mandan hacer un ultrasonido nuevo y los estudios generales que nos piden⁸⁰.

⁸⁰ Algunos de estos exámenes de laboratorio son: detección de VIH, nivel de glucosa, examen de vías urinarias.

Por el contrario, Brizo narra que no en todas las citas a las que acudió en su clínica le tomaron signos vitales o el peso, pues debido a que acudía en horario vespertino, casi siempre le daban el último turno; hubo algunas veces en las que la enfermera ya no se encontraba en la clínica, por lo que pasaba directamente con el médico, una vez dentro del consultorio, le preguntaban sobre su estado de salud, si había tenido molestias o cómo se había sentido en esos días, además menciona que sólo en dos ocasiones le midieron el vientre y en tres escucharon el latido fetal, pero de ahí en fuera no hubo más interacción con el médico.

En este sentido, se puede resaltar el hecho de que los servicios de salud públicos tienen una gran demanda de atención, por lo que la mayoría se encuentran saturados, situación que deriva en el poco tiempo que el personal de salud le puede dedicar a cada paciente. De esta forma, Brizo comenta que entiende el actuar de los médicos y que, por lo tanto, si su embarazo no era de riesgo, no le iban a poner tanta atención como a otra mujer que realmente necesitara más tiempo de consulta; lo cual, a su vez, influye en el trato “*más frío, más de apurarse, que de en realidad preguntarte cómo te sientes más allá de lo físico, de las molestias principales*”.

Brizo continúa relatando que a pesar de que para ella las consultas fueron superficiales, en general recibió buena atención, sólo en una ocasión que cambió de médico porque éste no se encontraba, la revisó una médica que, desde su perspectiva, se comportó de manera agresiva,

Me vio y me dijo: —¿pero no viene por embarazo verdad?, —sí, —no ¿por qué? Y yo me quedé como que —¿cómo por qué? Porque estas cosas pasan, porque la vida así se da. Pero fue algo así como... de plano creo que no entendí yo, ni ella, no nos entendimos y lo primero que me preguntó fue: — ¿qué método anticonceptivo va a utilizar después de tener a su bebé? Yo me quedé pues pensando, como diciendo: —ay como que esta pregunta no me la esperaba.

La persona que atendió a Brizo en esa consulta le generó incomodidad, pues señala que desde el primer momento le habló con un tono de molestia, sobre todo al saber que iba a consulta prenatal, situación que la hizo sentirse juzgada, lo mismo sucedió cuando la

cuestionó sobre el método anticonceptivo que utilizaría posteriormente. Continuó su relato mencionando que esa vez le comentaron que la referirían a consulta nutricional, lo cual finalmente no sucedió, además de que no fue la única ocasión en la que le dijeron que la enviarían con algún especialista y al final no ocurriría, pues el médico con el que asistía regularmente, también le dijo: “*hágase a la idea de que la voy a mandar con el obstetra*”, lo que tampoco pasó; de igual forma, cuando cursaba la semana treinta y seis de gestación, en su última consulta de rutina en la clínica, recuerda el siguiente diálogo con la enfermera:

—¿y qué le han dicho? —me dijo la enfermera, la que me estaba tomando el peso y la presión y todo eso, le dije: —pues no me han dicho nada, —¿cómo que no le han dicho nada?, —no, pues no me han dicho nada, —¿ya le pusieron las vacunas?, —no, no me han puesto ninguna vacuna, —¿cómo que no le han puesto ninguna vacuna? Es que tiene que ponerse la vacuna contra el tétanos y la vacuna contra la influenza. Le dije: —bueno, pues no me habían dicho a mí nada, —no, pues se las tiene que poner, —ah bueno. Pero no me dijeron tampoco acuda aquí con tal o ahorita la canalizo o algo, no, nada, nada más me dijeron: —se las tiene que poner, —bueno.

Posteriormente, la pasaron con el médico, ahí le dieron la incapacidad y su pase para urgencias en el hospital correspondiente, la enfermera le dijo:

—pues aquí ya no va a venir eh, cualquier cosa ya es directamente en urgencias, si le duele la cabeza, si ve puntitos, así como de lucecitas, si tiene sangrado, si se siente mal, ya cualquier cosa aquí ya... porque aquí no hay ni gasas, entonces ya todo va a ser en urgencias, directamente en urgencias. Entonces eso fue todo, fue mi última consulta.

Es importante señalar que las clínicas de medicina familiar están planeadas para consulta externa y no para hospitalización, cirugías, partos, entre otros, sin embargo, el comentario que la enfermera hizo, argumentando la falta de material, para persuadir a Brizo de que ante cualquier molestia acudiera inmediatamente a urgencias, nos habla de las

deficiencias que existen en cuanto a insumos básicos en estos establecimientos de salud, situación que de alguna manera también vivió Sofía durante las consultas, ya que en su caso, el centro de salud no contaba con servicio de ultrasonidos, por lo que la referían a otro lugar. Este motivo, además del hecho de que le dijeran que no puede usar cierto tipo de ropa, con la justificación de que podría impedir el correcto desarrollo del embarazo o el hecho de que tuviera que ir con varias horas de anticipación a solicitar turno para conseguir una cita, la hicieron decidir que en su segundo embarazo la atendiera un médico privado. Al respecto comenta que no hay mucha diferencia en cuanto a la forma de la consulta, pero sí en el tiempo que el médico particular dedicaba a explicarle cada una de los procedimientos que haría, los cambios que experimentaría en el embarazo y el motivo de que la enviara a realizarse ciertos análisis de laboratorio.

Atención del Parto

En este apartado considero pertinente narrar la historia de Brizo y de Sofía por separado, ya que cada una se enfrentó a situaciones y condiciones distintas, por lo que vivieron el parto de manera diferente; no obstante, ambos casos arrojan datos interesantes en cuanto a la atención hospitalaria.

Cuando Brizo llegó al hospital, los dolores ya eran muy intensos, entre cada contracción tenía sensación de pesadez, de que ya no tenía más fuerza, se sentía muy agotada y sedienta, ella pedía agua, pero le decían que no podían darle, insistía pidiendo que aunque sea le mojaran los labios, pero no accedieron. Posteriormente, cuando la ingresaron para revisarla, le pidieron que se acostara e inmediatamente le hicieron un tacto, al terminar, la médica extrajo los dedos y alcanzó a ver que habían salido con sangre; Brizo comenta que es como si hubiera tocado o roto algo, porque cuando estaba en su casa, sí había tenido un poco de sangre, pero era más líquido el que salía, de hecho no había ensuciado su bata y en el hospital inmediatamente después del tacto comenzó a sangrar con cierta abundancia. Cuando Brizo se quejaba de dolor, la ginecóloga le comentó que todavía no podía dolerle tanto porque apenas acababa de llegar y sólo tenía cuatro centímetros de dilatación, en ese momento Brizo pensó que algo estaba mal, pues antes de irse al hospital, la partera le había comentado que ya tenía seis centímetros y se cuestionaba por qué habría disminuido, además de que el

personal de salud no tenía idea desde qué momento había empezado con dolor y todo el proceso que había llevado con Adelina.

Después comenzaron a hacerle algunas preguntas de rutina, por ejemplo: desde cuándo comenzó con labor de parto, los síntomas que tenía, entre otros. En ese momento, le dijeron a su pareja que saliera a hacer algunos trámites que se necesitaban y ya no lo dejaron volver a entrar. A ella le pidieron que se sentara en una silla de ruedas para llevarla a la sala de labor de parto, una vez ahí, le solicitaron que subiera a la camilla, ella pidió que se le diera algo de tiempo, en lo que le pasaba la contracción, pero los camilleros le dijeron que tenían que ocupar la camilla. Recuerda que llegaron alrededor de cinco médicos, una médica y los demás practicantes, lo cual le pareció molesto, pues cada uno de ellos estaba haciendo alguna cosa, canalizándola, poniéndole el sensor en el vientre y los otros tres haciéndole preguntas, que ella considera no tenían nada que ver con su estado, Brizo solo pensaba en el por qué no le daban a uno sólo el cuestionario, pues lo que ella quería era un poco de tranquilidad.

Una vez que tuvo puesto el sensor para medir el tiempo entre contracción y contracción, llegó otra persona a presionarle el vientre, en ese momento ella se molestó y le dijo: “—¿por qué me aprietas?, —pues es que estoy tomando el tiempo, —¿pues no para eso me pusiste el sensor?”; ella volvió a reflexionar sobre esta forma de actuar, pensando una vez más en que ellos tienen que actuar rápido, lo que lo hace “*inhumano*”. Posteriormente, cuando la gineco-obstetra revisó el sensor, le comentó que iba a tener que ser cesárea porque entre las contracciones se estaban alterando los signos vitales del feto. Unos minutos después la especialista regresó con una hoja, al respecto narra:

La doctora, me acuerdo, —fírmele aquí señora, de que va a ser cesárea, de que usted está dando la autorización, porque si usted no firma, su esposo no va a querer firmar. Entonces yo dije: —yo lo que quiero es que nazca. Bueno ya, firmé, ni siquiera lo leí, nada más la doctora me dijo: —aquí. Ahí donde me dijo, ahí firmé y se fue la doctora, entonces gritó, me acuerdo que gritó: —prepárenmela porque se va a cesárea.

Llegó una enfermera, que le vendó las piernas y la dejó sola, en ese momento, ella sintió alivio, porque ya iba a tener la tranquilidad que necesitaba; unos cuantos minutos

después comenzó a sentir aún más fuertes las contracciones, describe que fue un momento en que era inevitable pujar, aunque no quisiera, sentía que su cuerpo lo hacía solo, cuando se percató que debía pujar mientras sentía el dolor de la contracción, el proceso fue más sencillo. Cuando la ginecóloga llegó para llevársela a cirugía, la revisó y dijo “*es que el bebé ya casi está aquí, esto ya no va a ser cesárea, llévensela*”, fue entonces cuando se la llevaron a la sala de parto, ahí la colocaron en una camilla y dos practicantes le ayudaron a sostener sus piernas, no recuerda bien cuanto tiempo pasó, pero el alumbramiento ocurrió a las 22:55, ella siente que fue menos de una hora para que naciera su hija, cortaron el cordón umbilical y la pasaron a una plancha para limpiarla y revisarla, los médicos la tranquilizaron diciéndole que su niña estaba bien. Ella recuerda que le dijo a la gineco-obstetra:

—¡úchala! Todavía me falta la placenta ¿verdad? Y me dice: —sí, pero esa va a salir solita. Y en efecto, no sé qué hicieron ellos, porque me dijeron — esa va a salir solita, —bueno, cuando tenga que pujar voy a pujar. Me oprimen la panza, yo así de: —¡auch! No que iba a salir solita, —bueno, es que hay que ayudar un poquito. Pero yo incluso no siento cuando se sale la placenta, después de que nació mi bebé yo ya no sentí dolor de parto o dolor en mi abdomen, entonces veo que la chica sostiene algo y dice: —ya salió, y salió completa, salió bien, no hace falta nada, — ah bueno, entonces ya vamos a coser. Porque me hicieron la incisión esa⁸¹.

Mientras cosían la herida de la episiotomía, la especialista enseñaba a sus practicantes cómo hacerlo, así que eso provocó que demoraran más en terminar, una vez que acabaron, la trasladaron a la sala de recuperación. Ya instalada ahí, le empezaron a decir que necesitaban los últimos diez talones de pago, ella argumentaba que no le habían dicho que tenía que llevar esos documentos, sólo llevaba su identificación, el pase y la copia del último talón de pago. Entonces, le comentaron que darían aviso a sus familiares que se encontraban afuera, porque de no tenerlos, no la iban a poder trasladar a “piso” o darla de alta.

Un tiempo después de que se fueran las personas que le solicitaron sus documentos, le llevaron a la recién nacida, se la colocaron en el pecho para estimular la lactancia, le

⁸¹ Se refiere a la episiotomía.

llevaron la cuna, las enfermeras le enseñaron como acomodarse para amamantarla y para dormir con ella. Brizo señala que ya no hubo muchos ingresos de mujeres, lo que le permitió estar tranquila en recuperación.

Brizo pasó en la sala recuperación la mayor parte del tiempo que estuvo internada, pues sus familiares no lograban ponerse de acuerdo con el personal administrativo, les pedían una serie de documentos que no llevaba al momento del ingreso y cuando los entregaron, el personal no hizo el trámite adecuado. De acuerdo a lo comentado, después de que ya había estado más de lo usual en recuperación, una de las enfermeras que estaba de turno en la sala le preguntó sobre la razón de que aún no la trasladaran a ginecología, ella le respondió que porque al parecer todavía no entregaban los documentos completos; la enfermera se encargó de ir al archivo y buscar los papeles de Brizo, ahí se dio cuenta que estaban trasapelados y por eso no habían avanzado; después volvió a explicarle lo que había sucedido con sus documentos; en ese momento le pidió que dejaran pasar a uno de sus familiares, pues no sabían nada de ella desde que ingresó, tras lo cual finalmente pasó su pareja. Esa noche la trasladaron a ginecología y al día siguiente fue dada de alta.

Al preguntarle a Brizo si ella en algún momento se sintió violentada, comentó que no sabe hasta qué punto se puede considerar violento que mientras se esté en labor de parto, alguien llegue y le presione el vientre, no está segura de que sea violencia, debido a que no cree que sea intencional, ya que una vez más, ella señala que este trato se debe a la masificación de la atención y que la violencia empieza desde los protocolos de atención. Ella manifiesta que sintió algunas cosas más molestas que otras, por ejemplo, las preguntas que le hicieron cuando llegó al hospital y que para ella no tenían nada que ver, pues no le estaban haciendo una historia clínica:

Yo creo que esas preguntas de ¿Cuántas veces se lava usted al día? Casi, casi ¿cada cuándo tiene relaciones sexuales? O sea, cosas así ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? Y todas esas, yo digo, bueno, no sé si eso arroje información necesaria para el parto, no lo sé, pero a mí se me hacían preguntas muy molestas, muy invasivas, [...] si van a hacer un historial clínico mío, pues yo entendería esa parte, pero ese antecedente ya está, porque yo iba a mis consultas cada mes, entonces son cosas que ellos ya

tienen, [...] que lleguen a aturdirte con preguntas, —“¿es que necesitamos que nos conteste señora”, tú dices —“que te conteste mi edad, sí; que te conteste si es mi primer o mi segundo hijo, sí; que te conteste cuántos abortos he tenido, si he tenido abortos antes y cuántos han sido”, esas preguntas todavía digo bueno, sí están relacionadas con, pero las otras no les encuentro sentido.

En el caso de Brizo, podemos resaltar varias cuestiones, para empezar lo que Campiglia llama “Abandono como violencia” (2017, p. 92), si bien Brizo no fue totalmente abandonada, inclusive se sintió incomoda rodeada de un número considerable de personal médico, sí se ignoraron algunas de sus necesidades básicas como el beber agua, además de alejar a su pareja arguyendo que él tenía que encargarse de los trámites, algo que Brizo interpretó como una excusa para que él ya no la acompañara; de esta manera, la necesidad de Brizo de sentirse acompañada y segura, se diluyó para convertirse únicamente en un cuerpo en el que los médicos realizarían los procedimientos (2017, p. 92).

Asimismo, se desestimaron los síntomas que ella manifestaba tener, como el dolor, argumentando que si tenía poco tiempo de haber llegado al hospital no era posible que lo sintiera tan fuerte, de esta forma, la ginecóloga que la atendió antepuso sus conocimientos biomédicos y su experiencia frente al sentir de Brizo, lo que implica la expropiación de los conocimientos de las mujeres en torno a la reproducción, en otras palabras, “ Lo que saben las mujeres, sus signos o síntomas, no son necesarios para un diagnóstico” (Montes, 2010, p. 193).

Otro de los aspectos a resaltar son las diferentes intervenciones médicas que le realizaron a Brizo y que no le dieron a conocer, por ejemplo: cuando le oprimieron el vientre para monitorear al feto o para la expulsión de la placenta, ya que momentos antes le habían comentado que saldría sola; además de algunas acciones que entran dentro de lo que Campiglia denomina hipermedicalización (2017); la primera de ellas es el monitoreo fetal continuo, debido a que, como menciona la autora, ha derivado en el aumento de cesáreas (p. 101), de hecho, justamente fue a partir de éste que decidieron practicarle una cesárea a Brizo, lo que ya no sucedió por el avanzado trabajo de parto. El segundo es la episiotomía (p. 100), aquí cabe destacar que en ningún momento le informaron que le harían este procedimiento,

ella se enteró cuando le avisaron que le iban a suturar, dicha situación resultó aún más incómoda a partir de que la utilizaron como parte de la instrucción de los practicantes, por lo que resultó demasiado tardado. Por último, aunque no está dentro de la medicalización, pero sí en las relaciones de poder médico-paciente, se encuentra el hecho de que hubiera un aprovechamiento de la vulnerabilidad de Brizo para darle a firmar documentos, los cuales por las circunstancias no tuvo tiempo ni ánimo de leer, además del uso de discursos como el de *“si usted no firma, su esposo no va a querer firmar”*, ya que para ella lo más importante era que su hija se encontrara bien.

Brizo señala que todo este proceso resultó molesto, por lo que se sintió arrepentida de no haber continuado con el parto como lo habían planeado, ya que al poder contrastar ambas atenciones, manifestó una amplia valoración por las ventajas de la atención en casa, como la tranquilidad de estar en un espacio conocido, con su pareja cerca y muy pocas personas alrededor de ella; al final reflexiona: *“ay si me hubiera aguantado, hubiera nacido aquí, sin necesidad de estar pasando por todas esas preguntas, por todo ese trato que parece que no es tan cordial, pero bueno, las cosas pasan por algo”*.

Respecto a la experiencia de Sofía, ella comenta que cuando llegó el momento del alumbramiento aún no contaba con el documento necesario para que la atendieran en el hospital, esto debido a que cuando se lo iban a proporcionar el médico que estaba a cargo de su embarazo no se presentó a laborar; de todas formas, ella acudió a uno de los hospitales cercanos a Milpa Alta, sin embargo, no la quisieron recibir bajo el argumento de que todavía no tenía la dilatación adecuada para que la ingresaran, aunque ella ya se sentía muy mal, por lo que tuvo que ir a otro hospital, en donde tampoco la atendieron, inclusive en cada uno de los hospitales le hicieron tacto, por lo que ya se sentía muy sensible y lastimada, fue hasta el tercer hospital en donde la recibieron. El nacimiento de la hija de Sofía sucedió tres días después de que la ingresaron al hospital.

Lo que podemos resaltar en esta parte del testimonio es que a pesar del dolor que Sofía manifestaba sentir, éste fue minimizado, razón por la cual ella fue rechazada de un par de hospitales, además de que no se le dio mucha importancia al hecho de que se tratara de un embarazo en la adolescencia; es importante destacar que este no es un evento aislado, pues es común que se regrese a las mujeres a casa cuando se considera que todavía falta tiempo para el parto. Esta situación no necesariamente es responsabilidad del personal de salud, sino

que una vez más tiene que ver con la saturación de los hospitales, misma que en ocasiones imposibilita recibir a todas las mujeres o mantenerlas hospitalizadas por varios días.

Por otra parte, quiero señalar que una de las preguntas que le realicé a Sofía tenía que ver con los consejos para el parto que su familia le dio, cuando elaboré la pregunta no imaginé que la respuesta que me daría tenía que ver con la forma en la que debía comportarse en el hospital, ella relata que le recomendaron:

que no gritara en el hospital, no me desesperara, que cooperara con los doctores. Me decían que no gritara porque luego los doctores no atendían a las que gritaban, que entonces mejor me quedara... si me dolía que me quedara tranquila, llorara en silencio.

Con relación a la cita anterior, la mamá de Sofía narra que fue ella quien le recomendó que no gritara, pues un tiempo ella estuvo trabajando en un hospital y escuchaba lo que los médicos decían respecto a las pacientes,

yo le decía a ella: —no grites hija. Bueno, yo porque estuve en un hospital, entonces yo veía que gritaban y decían: —no, no, esa déjenla que grite, pa' que se le quite. Entonces yo le decía a ella —no hija, no, tú no grites, no hagas nada, tú llora, llora, llora en silencio, porque yo lo vi cuando yo trabajaba en el hospital. Yo estudié enfermería y pues me metieron derechito al hospital, [...] a ver cómo nacía un bebé, entonces yo le decía a ella: —no grites hija. Porque en el hospital yo veía que las que gritaban mucho no las atendían rápido, atendían a las que... decían: —vamos a atender a esta muchacha que ni lata ha dado. Entonces yo le decía: —no grites, no grites, tú en silencio llora, ya cuando te sientas ya muy mal pues tú dile al doctor “yo ya me siento mal, no vaya a ser que se le pase a mi bebé”. Porque también se les llega a pasar.

De esta forma, se puede observar la influencia que una vez más tuvo la mamá de Sofía en ella y la recomendación que le dio a partir de su experiencia, no como usuaria, pero sí

como personal de salud. Al finalizar el parto, Judit pudo hablar con el médico que atendió a su hija, ella relata:

también el doctor que le tocó que la atendió pues a mí me dijo que la había calificado con 9/10, por qué, porque ella había cooperado, a ella le decían que ayudara a los doctores a que ella pudiera nacer a la niña normal, porque ella decía que quería que le hicieran cesárea, dice que allá adentro le decía a los doctores: —ya háganme cesárea, —no hija, no, tienes buena cavidad como para que nazca tu bebé normal, entonces lo que vamos a hacer es de que tú me ayudas, cuando te venga tu dolor yo te voy a decir de qué manera me tienes que... echar ganas para que la niña nazca bien, —ah bueno, está bien.

Al recuperar el relato anterior lo que quiero resaltar es la manera en la que se espera que se comporte una mujer durante el parto. La experiencia que tiene la mamá de Sofía, laborando como personal de salud, deriva en los consejos que da a su hija, lo cual habla de la normalización de la violencia obstétrica, especialmente si la mujer “no está cooperando” con los médicos, porque es ella quien tiene que “ayudarlos” y no el personal médico quien brinde apoyo a la parturienta durante el alumbramiento, hecho que coloca a la mujer en un segundo plano. En este mismo sentido, Montes señala que desde las consultas prenatales se adoctrina a las mujeres para que colaboren con el personal médico (2010, p. 200), si las usuarias no cooperan “y no se dejan hacer; ésa es la principal característica señalada de una «mala paciente»” (Argüello, 2010, p. 246), por ello Sofía fue evaluada con una buena nota, porque no dio problemas.

Asimismo, quiero recuperar un relato de Sofía y su mamá, en donde una mujer fue a reclamar a la Trabajadora Social del hospital porque su nuera tenía alrededor de una semana con dolores de parto y aún no la recibían en el hospital, al respecto de este caso Judit comenta:

pues yo digo, no sé, no estoy segura que algo le habrán hecho ahí, yo estuve allí, yo estuve allí con mi hija, no la dejé, entonces pues sí la señora me decía que fuéramos a ponernos pesadas con la trabajadora social, pero su esposo

de ella [refiriéndose a su hija] me dijo: —no vaya, usted no vaya, si ella quiere pelear que pelee, pero usted no, espérese, — bueno. Entonces yo no fui, ya cuando la ingresaron como a la hora le hablan que ya había nacido el bebé y ya, ya no le dieron más información, y ella a la mejor hasta de una manera como que se sentía halagada, que por lo que ella fue a decir habían atendido a su nuera y había nacido el niño rápido, como a las seis de la tarde, las cinco, le van... haga de cuenta que ella se alivió como a las once, doce del día y ya en la tarde, ya casi en la noche la van llamando y le van diciendo que su nuera se había desangrado mucho, que no sabían que era lo que se le había quedado adentro, pero de hecho le dijeron a la señora: —no se vaya, porque no vaya a ser que haya complicaciones y pues se le avisa a usted. Y la señora pues no se fue, inclusive su niño nace un día antes que la niña y las dieron de alta el mismo día que a ella.

Respecto a este caso, Sofía añade que:

después hace menos de un año, nos encontramos a la abuelita del bebé que nació y nos dijo que habían lastimado al bebé por irse a pelear, entonces el bebé quedó cieguito, todo por irse a pelear ahí, lastimaron al bebé y le pasó así, ella dice que siente que, por irse a pelear, como ya quería que naciera su nieto pues a la mejor le lastimaron algo, bueno, ella dice eso.

Es fundamental señalar que, aunque probablemente la causa del padecimiento del infante no sea responsabilidad de los médicos y ellas no tengan la certeza de lo que sucedió con aquella mujer y su hijo, esta situación refuerza la idea de que no es prudente reclamar los derechos como usuarias, porque existe el temor de que haya represalias por parte del personal de salud.

De acuerdo con los casos presentados, podemos señalar como elementos de confluencia la justificación y normalización de la violencia. Este proceso se manifiesta a partir de que se asume como algo cotidiano la rapidez con la que debe actuar el personal de salud, este hecho no se pone en duda, en especial frente a ciertos eventos que requieren de

acciones inmediatas, sin embargo, cuando este proceso se relaciona con la saturación de los servicios de salud, pronto deriva en acciones que no son del agrado de los pacientes. En este sentido, la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran las usuarias debido al proceso biológico que está viviendo, además de la posición de subordinación en la que se encuentran frente al personal de salud, no les permite reclamar sus derechos. Esta situación se refuerza y agrava cuando el consejo familiar es “colaborar” y no demostrar el dolor, para ser calificadas como “buenas pacientes” y que las atiendan de manera rápida y amable; es a partir de estas experiencias, familiares y propias (cuando son multíparas), que las mujeres aprenden a comportarse, prefiriendo la atención hospitalaria, pues “*ya saben a lo que van*”, pese a no estar de acuerdo con el trato que reciben, y aun teniendo la posibilidad de atenderse con una partera, como fue el caso de Sofía.

Es importante señalar que ninguna de las dos usuarias entrevistadas le mencionó a su médico que asistían con una partera. Brizo señala que no es algo que pregunten y que ella tampoco hizo por comentarlo, debido a que le hacían mucho énfasis en que debía acudir constantemente para que pudieran darle su incapacidad por maternidad y que ella tenía que avisarles en dado caso de que decidiera no atender su parto en el ISSSTE; a modo de estrategia ella decidió no decir nada, porque no tenía la certeza de no usar dicho servicio de salud.

Por otro lado, es importante recalcar que las usuarias no desechan la atención de las parteras, por lo menos a lo largo del embarazo, pues les brindan confianza, calidez, seguridad, comodidad, tiempo, les resuelven dudas y siempre les aconsejan que, a la par de la atención con ellas, acudan al centro de salud que les corresponde, para que puedan asegurarse que el embarazo se está desarrollando de manera adecuada. Esta recomendación, que también se constituye como una estrategia de las usuarias, se sustenta en el hecho de que las consultas constantes les permiten obtener la derivación al hospital, lo que establece otra opción de cuidado, ya sea porque decidan atenderse en los servicios de salud, o en caso de que ocurra alguna emergencia obstétrica, si es que deciden atenderse con una partera. Este último punto muestra en buena medida la manera en que se produce la interacción entre los sistemas médicos, misma que es puesta en marcha principalmente a través de las estrategias de atención que emplean los usuarios.

Entre el Desarrollo y la “Tradición”

Además de las representaciones que las usuarias y la biomedicina elaboran sobre la partería tradicional, me parece importante recuperar algunas perspectivas de la población; si bien el objetivo del presente trabajo no contemplaba entrevistar a personas ajenas al tema de los cuidados a la salud materna e infantil, mi asistencia a diversos conversatorios sobre partería, y la búsqueda de información en páginas web, me permitieron conocer diversos comentarios y opiniones de múltiples grupos de la población, lo que me proporcionó datos significativos para delinear algunas de las diferentes representaciones que coexisten respecto a la partería tradicional. Como señalé anteriormente, la partería tradicional ha sido parte importante para la reproducción de distintos conjuntos sociales, sin embargo, estos saberes también han sido discriminados, sobre todo a partir del asenso de la racionalidad científica; amparada en este proceso, la biomedicina es percibida como la única capaz de atender la salud sexual y reproductiva de manera eficaz.

Al respecto de este punto quiero señalar brevemente dos casos que considero son una muestra significativa de lo mencionado. El primero ocurrió cuando se llevó a cabo la feria de la salud en San Gregorio Atlapulco; como parte de las labores de difusión, el centro de salud publicó en el perfil que tienen en redes sociales (*Facebook*)⁸² una invitación para que la población acudiera a atenderse con las parteras tradicionales, como respuesta a esta convocatoria algunos usuarios de las redes acusaron al centro de salud de difundir “charlatanería”, otros tantos cuestionaron que se promovieran prácticas alejadas a la biomedicina y que, por lo tanto, ponían en riesgo la salud de las mujeres y de los recién nacidos.

De manera similar, el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), como parte de las conmemoraciones que se hicieron en el año de 2021 en torno al “Día Internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia”, publicó en su perfil de *Facebook*⁸³ una fotografía de una partera, misma que se encontraba acompañada de un texto en donde se hacía referencia a los saberes que las especialistas tradicionales han aportado a la ciencia. La reacción que se generó por parte de un sector de la comunidad que sigue dicho

⁸² <https://www.facebook.com/398117494072187/photos/a.398140284069908/509605429590059/>

⁸³ <https://www.facebook.com/ConahcytMX/photos/a.329003573858818/3898651526893987/>

perfil fue casi inmediata, mostrando un importante descontento con el hecho de que una institución, que se dedica a apoyar y difundir la ciencia y la tecnología, haya equiparado los conocimientos tradicionales con los producidos de manera científica, fundamentando estos comentarios en que dichos saberes son empíricos y de ninguna manera se acercan a la ciencia.

Este tipo de razonamientos pronto se volvieron comentarios despectivos, empezando por aquellos en donde se mencionó que “hay mujeres que están haciendo ciencia de verdad” y que ellas sí deberían ser consideradas como un referente para esta celebración, además de que se señalara el alto índice de mortalidad materna e infantil derivado de la existencia de costumbres “prehistóricas” y prácticas “salvajes”, sin que existiera una reflexión de por medio sobre las desigualdades estructurales que subyacen en el tema de la muerte materna; en este sentido, la argumentación únicamente se generó a partir de la perspectiva del desarrollo, por lo que los saberes tradicionales sólo son vistos como una manifestación de retroceso.

Ambos casos nos permiten vislumbrar la manera en la que el pensamiento científicista permea las representaciones sobre los saberes tradicionales, modificándolas y, en este proceso, restando o anulando su validez. Otro punto sobre el que se debe hacer énfasis se encuentra en la proximidad que existe entre la idea del conocimiento científico y su vínculo con la noción de modernidad y desarrollo; al respecto Araya señala que dicha relación “legitimó al conocimiento racional científicista como el único capaz de generar tecnología y progreso material, dictaminando la marginación y descalificación de los sistemas de conocimiento no occidentales” (2011, pp. 56-57). La autora continúa mencionando que hay un modelo hegemónico de desarrollo que involucra intereses económicos y políticos (Araya, 2011), el cual pretende perpetuarse “a partir de una construcción naturalizada del conocimiento científico como el único legítimo y absoluto, recurso estratégico para la reproducción del orden dominante, desestimando las ‘otras formas’ del saber indígena y femenino” (2011, p. 75).

Este fenómeno se encuentra profundamente entrelazado con la expansión y asentamiento del modelo occidental de conocimiento, hecho que ha sido definido como

“colonialidad del saber”⁸⁴, es a través de este proceso que la biomedicina, fundamentada en la ciencia, se erige como:

el juez neutro, racional y universal que va a determinar qué es una enfermedad y cómo debe ser tratada. La medicina indígena, por su parte, como conocimiento cultural, mágico-religioso y local es estigmatizada y deslegitimada por la mayor parte de la sociedad (Giraldo, 2014, p. 22-23).

Además de los ejemplos referidos, es importante que recordemos el testimonio de Adelina en donde señala algunas de las razones por las que las mujeres ya no asistían a atenderse con ella, aludiendo que “antes [acudían] porque eran antiguüitas, ahora ya son modernas”⁸⁵ o cuando le comentaron: “yo no creo en esas fregaderas”, refiriéndose al empacho; estos comentarios dan cuenta de la manera en la que el conocimiento científico está presente en las representaciones en torno a los saberes tradicionales, hecho que ha influido en que ya no acudan a las parteras, sin embargo, en el mismo ejemplo del empacho⁸⁶, como ya se mencionó, cuando la biomedicina no pudo resolver el problema de salud del infante, tuvo lugar una articulación de saberes para lograr restablecer la salud del paciente, este caso en particular ejemplifica la manera en que las prácticas tradicionales continúan cumpliendo su función dentro de los conjuntos sociales.

La discriminación de los saberes y prácticas es una situación que aqueja a todas las parteras tradicionales del país, no sólo a las de la Ciudad de México, pero ahora quiero enfocarme en otra de las problemáticas a las que se enfrentan las especialistas tradicionales urbanas. En el extremo contrario se encuentra la desestimación de las parteras tradicionales urbanas, sobre todo por parte de algunos funcionarios de salud que abogan por la “interculturalidad en salud”. Esta situación ocurrió cuando participé en una conversación en donde una colaboradora de la Red Nonantzin le mencionó a un representante de la Secretaría de Salud la importancia de que las parteras tradicionales de la Ciudad de México tuvieran

⁸⁴ Por colonialidad del saber se hace referencia a la consolidación de una forma particular de conocimiento (la ciencia) como modelo autorizado y definitivo para acceder a la realidad; esto, a costa de la invalidación e invisibilización de otras formas de conocimiento desarrollado por las sociedades no occidentales (Giraldo, 2014, p. 22).

⁸⁵ Ver p. 143

⁸⁶ Ver p. 143

mayor contacto con la institución, a lo que el funcionario preguntó si se trataba de parteras indígenas, la colaboradora enfatizó que las especialistas son originarias de la ciudad, entonces el representante hizo un gesto de desagrado y recalcó: “pero no son indígenas”⁸⁷.

Por otro lado, como se mencionó, los pueblos originarios en la Ciudad de México son sujetos de derecho de todas las leyes y normativas concernientes a los pueblos indígenas, sin embargo, en algunas ocasiones esta situación es llevada al exceso, ya que, pese a que las especialistas tradicionales sí se sienten identificadas con el pueblo de donde son originarias, debido al proceso de expansión de la ciudad y la propia historia familiar, no se identifican o asumen como parte de alguna población indígena, lo que en algunas ocasiones generó diversos conflictos a las especialistas, quienes se sentían comprometidas a buscar en su genealogía antepasados que fueran originarios de pueblos indígenas para justificar sus raíces⁸⁸. Asimismo, en algunas ocasiones se les invitaba a portar cierta indumentaria “tradicional” (cinta, faja, falda y blusas bordadas), especialmente en eventos públicos para que se distinguieran como parteras tradicionales, cuando en la cotidianidad o en su quehacer no los utilizan.

Lo que quiero resaltar con estos ejemplos es otra de las representaciones que existen en torno a la figura de las parteras, su labor se percibe como algo que sólo se presenta en las zonas indígenas y rurales (exceptuando quizás a aquellas especialistas que, siendo originarias de estos lugares, se ven obligadas a migrar a las ciudades), además de que es percibido como algo estático, sin tomar en cuenta que los saberes y prácticas están en constante cambio, hecho que se puede apreciar de forma clara a lo largo de la historia y en la serie de adaptaciones que surgen y se desarrollan sobre todo en entornos altamente cambiantes, como son las dinámicas que tienen lugar en las grandes urbes; en este sentido, la incorporación de saberes biomédicos resulta ser un excelente ejemplo de dichas transformaciones.

De esta manera, las parteras tradicionales de la ciudad se encuentran en medio de ambos discursos planteados en este último apartado: son discriminadas porque sus conocimientos y prácticas son considerados como manifestaciones del rezago, que no sólo impiden el desarrollo, sino que incluso son nocivos para la salud de las mujeres; al mismo

⁸⁷ Diario de campo 22 de enero 2020

⁸⁸ Diario de campo 24 de febrero 2020

tiempo, de forma irónica, son “modernas” para que puedan ser consideradas como parteras tradicionales.

Finalmente, a pesar de los diversos obstáculos que se les presentan, en primer lugar, por ser parteras tradicionales y, en segundo, por radicar en una urbe como la Ciudad de México, las parteras siguen mostrándose dispuestas a ayudar y atender a las mujeres que lo requieran; además, en la medida de lo posible, defender sus derechos como parteras, así como los de las usuarias a elegir la forma en la que quieran llevar a cabo el parto.

Parte de las razones que permite que las parteras continúen con su labor es el hecho de que hay mujeres que solicitan sus servicios, ya sea para recomendaciones en torno al e/p/p o la salud sexual, evitar una cesárea, como estrategia para saber en qué momento asistir al hospital y no ser regresadas a su domicilio, o porque quieren una forma humanizada de parir. De igual forma, se debe mencionar que hay algunos médicos, enfermeras y funcionarios de salud que no denuestan los saberes y prácticas de las parteras, sino que son sus aliados y, en la medida de sus posibilidades, las apoyan, defienden y colaboran con ellas.

Consideraciones Finales

La partería tradicional es una de las labores en torno al cuidado de la salud que mayormente ha sufrido los embates de la biomedicina, principalmente porque se considera que las prácticas de las parteras “invaden” un campo que desde hace varias décadas es considerado como predominantemente biomédico; esta situación, sin duda, ha derivado en el desplazamiento de las especialistas tradicionales, hecho que, según se mostró, se ha desarrollado de manera paulatina.

La revisión histórica que se hizo me permitió observar diferentes formas o facetas con las cuales se ha identificado la labor de las parteras; estas modificaciones dan cuenta de una serie de transformaciones sociales, mismas que en última instancia se han encargado de alterar las representaciones en torno a la figura de la partera. De esta manera, las parteras quienes en la época prehispánica gozaban de gran respeto y estatus, poco a poco, comenzaron a ser percibidas como mujeres que atentaban contra la vida de las madres y los recién nacidos, perspectiva que fue tomando mayor relevancia conforme se fue desarrollando y asentando la biomedicina.

Una aclaración que se debe tener en cuenta al respecto de este punto es que, desde la colonia, las condiciones geográficas y culturales del territorio –que se traducen en una enorme diversidad espacial y étnica– se convirtieron en uno de los retos más importantes a los que se enfrentaron las distintas administraciones que se desarrollaron; este obstáculo, para el caso de la partería, se tradujo en la imposibilidad de control y restricción de sus prácticas, sobre todo en las áreas más lejanas y, por tanto, más inaccesibles. Dicho fenómeno permite establecer un paralelismo con la actualidad, ya que las parteras son “permitidas” y toleradas en los espacios en donde la cobertura de los servicios de salud no es suficiente.

En este sentido, el hecho de que puedan ejercer su labor en estos espacios no implica que sean aceptadas; su presencia es más bien percibida como la de un vínculo entre los servicios de salud y las usuarias, o como un agente de salud necesario mientras se logra que la cobertura de atención pueda llegar a todos las áreas del país. Este discurso no es único de los programas de salud nacionales, pues, como se expuso, obedecen a lineamientos que son planteados por organismos internacionales, los cuales responden a intereses creados a partir del MMH. En otros casos, las parteras son estigmatizadas y sus prácticas calificadas como

nocivas para la salud de las mujeres y los recién nacidos, e inclusive son culpadas de los altos índices de mortalidad materna.

Al respecto de este último punto, una de las formas en las que se ha intentado combatir la mortalidad materna, fungiendo a su vez como un medio de limitación y control de los saberes y prácticas de las parteras tradicionales, son los cursos de capacitación y certificación. Al estar planteados desde un marco epistemológico distinto, a partir del cual se imponen los saberes biomédicos, los cursos implican la subordinación de los conocimientos tradicionales y, en este sentido, de las parteras, evento que ocurre de manera inmediata y constituye un primer objetivo; sin embargo, la finalidad a largo plazo es que estos saberes sean dejados de lado, para que todos los partos sean atendidos en el ámbito hospitalario.

Como elemento complementario a este proceso, la obstaculización para el acceso a los certificados de nacimiento representa uno de los principales problemas a los que se enfrentan las parteras, hecho que se puede constatar en las numerosas quejas que plantean al respecto de este impedimento. Dicha situación se ha convertido en uno de los mayores reclamos en sus luchas pues, de forma paradójica, en el discurso, los lineamientos y las normativas, se les reconoce y avala como personas capaces de socorrer en momentos de crisis, especialmente a aquellas que han asistido y aprobado los cursos y certificaciones; pero en la práctica, se les limita recurriendo a diferentes mecanismos que buscan minimizar sus oportunidades de atención, esto resulta bastante evidente en los casos donde se les impide acceder a documentación oficial para realizar sus labores, como ocurre con los certificados de nacimiento.

Las cuestiones que recientemente he señalado afectan tanto a parteras tradicionales en la ruralidad, como en zonas urbanas, sin embargo, la mayoría de las investigaciones sobre esta temática se han enfocado en la partería tradicional indígena, lo cual no resulta extraño si consideramos que hay un mayor número de parteras atendiendo a las mujeres en contextos indígenas; empero, no se debe dejar de lado el hecho de que en la ciudad también hay diferentes manifestaciones de la medicina tradicional, siendo la partería una de ellas.

De esta forma, la existencia de especialistas que, desde un enfoque tradicional, prosiguen atendiendo a mujeres en las diferentes etapas de su ciclo reproductivo, mismas que han sido escasamente visibilizadas o incluso olvidadas, plantean la necesidad de conocer y comprender las razones de que continúen ejerciendo su labor, en especial cuando la vida al

interior de las grandes urbes se relaciona con desarrollo y modernidad, ambos aspectos como antagonistas de lo tradicional, sin mencionar que esta misma circunstancia supone una amplia cobertura de los servicios de salud.

Al respecto de esto se puede plantear que las dinámicas en la ciudad han derivado en que las parteras no estén sujetas a una sola forma de acercarse a la partería, pues cada una de las parteras entrevistadas se aproximaron al cuidado de la salud sexual y reproductiva de distinta manera; como se pudo observar en el texto, una de ellas aprendió sola, el único acercamiento que había tenido respecto a la atención del parto fue su experiencia en el nacimiento de sus hijos; otras dos aprendieron de familiares muy cercanos a ellas; y, finalmente, también se relató el caso de la especialista cuyo aprendizaje ocurrió a partir de laborar en un hospital.

Esta serie de vivencias, que se construyen en el ámbito personal, así como a lo largo de su labor como parteras, conforman un cúmulo de experiencias que fueron configurando y reconfigurando las representaciones en torno a su quehacer y sobre la biomedicina; a su vez, las diferentes experiencias conllevan maneras distintas de articulación con otros saberes, situación que se manifiesta en los distintos grados de interacción que se producen entre los saberes biomédicos y los tradicionales. De esta manera, el acercamiento temprano a las prácticas biomédicas, o el hecho de que no haya incidentes en el trato que en algún momento recibieron por parte del personal de salud, ya sea como parteras o como usuarias, facilita la asimilación e incorporación de los saberes biomédicos.

Como se ha mencionado, los cursos de capacitación y certificación son llevados a cabo en todo el territorio mexicano, esta situación ha generado una experiencia compartida en la que se les instruye a las parteras sobre lo que deben y no deben hacer desde la perspectiva biomédica; estas experiencias, que en diversas ocasiones son reproducidas de forma regular, modifican las representaciones que tienen las especialistas en torno al parto, ya que, de ser percibido como un proceso natural, se transforma en un evento de riesgo, por mínimo que éste sea, lo que aparte de ser tomado como una advertencia para que no se atiendan partos y sean derivados a los servicios de salud, también origina que las parteras adopten prácticas medicalizadoras. Además, en estos cursos en nulas ocasiones se recuperan los saberes de las parteras, lo cual contribuye a la subordinación de la partería, si bien, no es el único mecanismo, pues también se produce en las relaciones individuales entre el personal

médicos y las especialistas tradicionales, y en el caso de los cursos se lleva a cabo de manera colectiva.

Por otra parte, derivado de la colonialidad del saber, se genera un proceso de interiorización, esto se traduce en que se valora la formación impartida en las instituciones educativas como un elemento superior con relación a las experiencias y conocimientos que se aprenden y producen fuera de estos espacios, como es el caso de los saberes tradicionales y de la partería en particular; si bien, las especialistas reconocen que sus saberes también tienen algún grado de validez, al no contar con un título universitario –hecho que las convierte en tradicionales– ellas mismas se colocan en una situación de disparidad frente a quienes cuentan con este tipo de reconocimientos, pues “los que estudian son los que saben”; esta idea, sin duda, ha permitido y respaldado la preeminencia de la biomedicina frente a los saberes tradicionales.

Algo que se debe recalcar es que, pese a lo avasallador que resulta la hegemonía médica, las parteras no actúan como sujetos pasivos. Ellas han articulado saberes mediante procesos transaccionales en donde las prácticas biomédicas han sido reinterpretadas e incorporadas a sus propias prácticas, especialmente buscando mejorar la atención hacia las mujeres y los recién nacidos. Este proceder activo se manifiesta de diversas formas, como en los casos en que critican prácticas biomédicas que son empleadas de forma excesiva o sobre la falta de empatía con las usuarias, en este sentido, se han convertido en defensoras de sus derechos como especialistas tradicionales, pero sobre todo del derecho de las mujeres a decidir en dónde y con quién parir, así como a demandar servicios de salud de calidad que beneficien a las usuarias y a sus hijos.

Por otra parte, al utilizar un enfoque relacional, pude conocer las experiencias y prácticas de las usuarias respecto al ciclo reproductivo, lo cual contribuye a comprender la permanencia de la partería tradicional. De manera general se puede decir que las mujeres acuden a las parteras porque les inspiran confianza, comodidad y seguridad, sin embargo, es importante señalar que esta elección no sólo implica decisiones individuales, sino que se encuentra relacionada con las experiencias y la influencia familiar.

En uno de los eventos narrados, la partera pertenecía a la misma localidad, a esto se suma el hecho de que la familia de la mujer en cuestión ya había recurrido a la especialista en anteriores ocasiones para resolver diversos padecimientos respecto al cuidado infantil y la

lactancia, razón por la cual era conocida por ellos y confiaban en sus habilidades. En este sentido, la decisión de acudir con la especialista no se fundamentó únicamente en la confianza de la mujer -de manera individual-, ya que la experiencia familiar, así como sus recomendaciones, genera buena parte del impulso que resultó en la elección final por la atención con la partera.

En el segundo caso, la experiencia familiar de la usuaria no estuvo tan presente, pero sí la de otras mujeres que ya habían pasado por la atención del parto en el ámbito hospitalario; es necesario puntualizar que estas experiencias no se limitaron a las personas allegadas a ella, sino que a partir de la confirmación de su embarazo se dedicó a buscar información respecto a la atención del parto. En este caso se puede mencionar que el uso de la tecnología fungió un papel significativo, mismo que se reforzó a partir de las experiencias sobre el proceso de e/p/p que fueron compartidas por otras usuarias, este hecho, particularmente relevante para la época actual, permite plantear que las experiencias, y su correlativa influencia, se extienden más allá de las relaciones familiares y de amistad. De esta forma, como resultado de la información que obtuvo respecto a la atención hospitalaria, decidió que quería ser atendida en su domicilio con una partera.

Cabe recordar que, a final de cuentas, ninguno de los alumbramientos fue atendido por la partera. En uno de los casos esto ocurrió justamente como consecuencia de lo enseñado en los cursos de capacitación, ya que la partera le dijo a la usuaria que debido a su edad no podía atenderla, porque era un embarazo de riesgo, independientemente de que la embarazada se encontraba bien de salud; posteriormente, cuando se enteró que el parto había sido vía vaginal, comentó, con cierto arrepentimiento, que sí la hubiera atendido. Este es sólo uno de los ejemplos de la forma en la que las parteras modifican sus prácticas derivado de la relación con la biomedicina. En el segundo caso descrito se puede apreciar de manera palpable la decisión de la usuaria, esto debido a que ya había iniciado el trabajo de parto con asistencia de la partera, sin embargo, derivado de la desesperación que sintió, por tratarse de su primer parto y por creer que le estaba haciendo algún daño a su hija, ella prefirió acudir al hospital para evitar cualquier posible perjuicio.

En cuanto a la atención hospitalaria, lo que me interesa resaltar, como señalé en el capítulo cuarto, es la justificación y normalización de la violencia obstétrica, pues, por un lado, una de las usuarias, aunque por momentos no le gustó el trato que recibió de parte de

los médicos, siempre los justificó señalando que se debía a la saturación de los servicios de salud y la rapidez con la que tenían que actuar. Por otra parte, es enormemente preocupante que la normalización de la violencia obstétrica llegue al punto en que para recibir un trato adecuado, por no decir “alguna mínima atención”, se deba renunciar a manifestar cualquier sentimiento o emoción, lo cual se puede ver cuando parte de los consejos familiares se enfocan en no demostrar el dolor o no quejarse. Sin embargo, pese a la gravedad de los elementos descritos, e incluso lo extraño que puede resultar escuchar recomendaciones relacionados con la anulación del sentir, también se entiende que las mujeres actúen de esta forma, en un momento de tanta vulnerabilidad como el parto, porque en la mayoría de los casos se apela a la seguridad de sus hijos y por lo tanto deben cooperar.

Ambas usuarias coinciden en que es buena la complementariedad entre uno y otro sistemas médicos, ya que confían en la atención de una partera y se sienten cómodas con el tiempo que la especialista les puede brindar para responder sus dudas; pero también observan ventajas en la atención biomédica, pues consideran que dentro del hospital tendrán la posibilidad de atender y solucionar cualquier emergencia que pudiera ocurrir, esto además de que el uso de herramientas tecnológicas, como los ultrasonidos, les brinda la confianza de que el embarazo se desarrolla de buena manera.

Como último ejemplo, derivado de la información que pude obtener a través de la Red *Nonantzin*, es significativo identificar que la **mayor parte** de las mujeres que solicitaban atención con las parteras lo hacía porque quería resolver problemas de infertilidad. Algunas querían complementar el tratamiento biomédico con el que les pudieran ofrecer las parteras, otras recurrían porque la biomedicina no había dado los resultados esperados, por lo que intentaban probar tratamientos alternativos.

Esta búsqueda de opciones fuera de la biomedicina ha generado que haya más demanda de la partería, lo que también ha diversificado la oferta de salud. Es cierto que las parteras tradicionales en la ciudad son muy escasas, pero, como parte de las transformaciones que han ocurrido alrededor de estas prácticas en los últimos años, ha surgido otro tipo de parteras, las llamadas “parteras en la tradición”; ellas son aprendices de parteras tradicionales y, pese a que no tienen el don o algún antecedente familiar relacionado con la práctica de la partería, tienen interés por aprender este oficio, lo cual justifican mediante dos objetivos particulares, el primero de ellos, la conservación de los saberes tradicionales, y el segundo,

apoyar a las mujeres para que tengan un parto humanizado y respetado, sin embargo, se enfrentan a la misma problemática de las parteras tradicionales sobre la certificación y el acceso a los certificados de nacimiento⁸⁹. Otro grupo que es importante mencionar se encuentra integrado por parteras profesionales, en este caso se trata de mujeres quienes se han formado específicamente como parteras o como enfermeras obstétricas y perinatales; éstas últimas han tomado mayor fuerza en la ciudad, aunque se debe reconocer que no todas las usuarias tienen los recursos económicos suficientes para ser atendidas por ellas.

A manera de resumen, se puede señalar que la hegemonía de la biomedicina y la subordinación de los saberes tradicionales están presente en diversos niveles, desde los discursos internacionales y nacionales, hasta las relaciones cotidianas entre el personal de salud, las parteras y las usuarias. Dicha subordinación ha derivado en que las especialistas tradicionales modifiquen sus representaciones y prácticas para adaptarse y subsistir, lo cual ha provocado que las prácticas de las parteras también sean medicalizadoras, aunque este proceso ocurre de manera más sutil, lo cual es especialmente significativo para espacios en donde la expansión de la hegemonía médica ocurrió desde etapas muy tempranas y de manera constante, como es el caso de la Ciudad de México. Como punto de inflexión, se debe tener en cuenta que, aunque la relación de las parteras con la biomedicina en algunos casos se limita a los cursos de capacitación y en otros ni siquiera ocurre en esos momentos, la verdadera interrelación de los sistemas médicos se produce a partir de los usuarios.

Recomendaciones

Algo bien sabido es que ninguna investigación se puede considerar como completamente terminada, o, mejor dicho, agotada; este hecho es mucho más evidente en torno a indagaciones que se plantean desde las ciencias sociales, especialmente si tomamos

⁸⁹ En este caso de las parteras en la tradición, ellas no pueden obtener los certificados de nacimiento porque, como se mencionó, desde hace varios años no ha habido certificaciones, además de que en diversas ocasiones no se les quiere reconocer como parteras, porque no tienen un antecedente familiar que fundamente su enseñanza o quien les haya heredado el oficio de la partería.

Por otro lado, tuve conocimiento del caso de una mujer a la que no han querido reconocer como partera; ella aprendió de su abuelita y también hizo la licenciatura en enfermería, entonces no puede ser reconocida como partera tradicional porque tiene formación como enfermera, pero al no tener una especialidad en enfermería obstétrica y perinatal, tampoco la pueden registrar como personal de salud que puede atender partos.

en cuenta que la sociedad está en constante cambio. En este sentido, siempre quedan hilos sueltos, tópicos o temas que, debido a los objetivos, el tiempo o los intereses, no pueden ser abordados; a esto se suman múltiples formas a través de las cuales se pueden interpretar los fenómenos sociales, mismas que se nutren tanto de teorías novedosas, como de perspectivas frescas, o incluso de las experiencias personales de aquellos interesados en abordar una determinada investigación. A partir de este preludeo se puede determinar que el presente trabajo no es la excepción y que, por lo tanto, quedan múltiples pendientes, así como diversas preguntas que se generaron conforme avanzaba la investigación.

Sólo por mencionar algunas cuestiones que podrían ser ampliadas o abordadas:

- 1- Sería deseable aumentar el número de participantes en la investigación, tanto parteras como usuarias –este elemento se vio limitado por múltiples eventos entre los que sobresale la epidemia de COVID–; de esta forma se podrán ampliar las respuestas a las preguntas planteadas, además de considerar nuevas vertientes no contempladas.
- 2- Profundizar la investigación tomando en cuenta la diversidad de parteras existentes en la ciudad. Lo que se traduce en relacionar parteras tradicionales originarias y migrantes, parteras en la tradición, parteras profesionales -no sólo las que atienden en centros de salud y casas de parto, sino las independientes o autónomas-, además de las enfermeras obstetras y perinatales.
- 3- Elaborar un análisis de otras formas de atención tradicional presentes en la Ciudad de México, por ejemplo, la que llevan a cabo los hueseros, hierberos, temazcaleros, maiceros, entre otros; de igual forma, de lo que se plantea en torno a la partería, es importante retomar a los médicos tradicionales originarios de la ciudad, pero también lo es reconocer la labor que realizan los especialistas tradicionales migrantes.

Por otra parte, algunas de las recomendaciones en el ámbito de la acción son:

- 1- Los cursos de capacitación, no son malos en sí mismos, de hecho, algunas de las parteras se sienten entusiasmadas de ampliar sus conocimientos en torno al ciclo


reproductivo, lo que se debe mejorar es el planteamiento con el que operan, es decir que no sólo sea un evento de cuestiones biomédicas, sino de reconocer y reforzar los saberes de las parteras. Asimismo, pueden contribuir a fortalecer el vínculo entre parteras, además de permitir que haya mayor certeza de los recursos humanos con los que se cuenta para atender a la población que lo requiere.


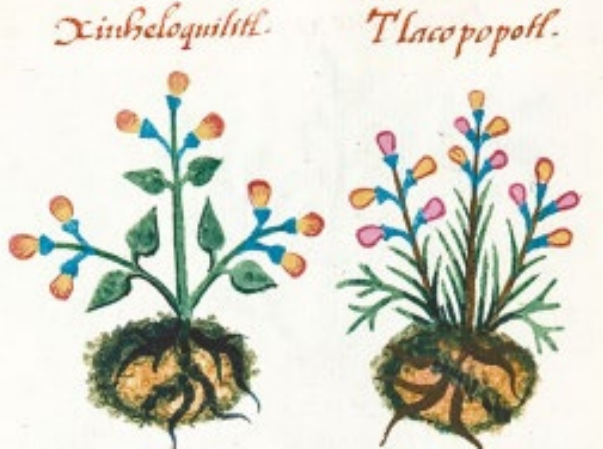
- 2- Las normativas y lineamientos hacia las parteras en la mayoría de los casos están orientadas a la incorporación de las especialistas en el área biomédica o a funcionar como vínculo entre los servicios de salud y las usuarias, sin embargo, no se habla de una colaboración, de esta forma, las parteras no tendrían que ser integradas y subordinadas a la biomedicina, sino considerarlas como colaboradoras en el marco de una relación horizontal que promueva el trabajo conjunto, para de esta forma brindar atención de calidad que se complemente durante todo el proceso de e/p/p.
- 3- Con la colaboración, también se podría facilitar el acceso a los certificados de nacimiento, aunque las parteras no estén certificadas, lo cual contribuiría a que no haya un subregistro de los nacimientos; de forma anexa, con el aumento de las parteras profesionales, se debería desarrollar una manera eficiente de registrar los partos atendidos por parteras, independientemente de que sean tradicionales o profesionales, con el objetivo de tener una idea más realista de la cantidad de alumbramientos que atienden.
- 4- Aunque se ha mencionado reiteradamente, no está de más decir una vez más que las normativas, lineamientos y recomendaciones relacionadas a la partería deben ser construidos en conjunto con las parteras; asimismo, se debe considerar que la partería no es homogénea, por lo que no se niega que deban existir lineamientos generales, pero también debe haber proyectos que se ajusten a la realidad de cada región.



Anexos

Anexo 1. Relación de Plantas Concernientes al e/p/p en el Códice de la Cruz-Badiano

La tabla que a continuación se presenta contiene las referencias a plantas medicinales que aparecen en las fojas 57r a 61v en el *Libellus*. Para facilitar la consulta se optó por presentar la información según como aparece en el manuscrito, de este modo, se mantienen las traducciones y los nahuatlismos transcritos por Ángel M. Garibay, así como las ilustraciones en los casos en que existieran. Parte del interés por mostrar estas referencias se fundamenta en que se pueda identificar que una misma planta tiene diversos usos, como en el caso del pulque o del *cuauhalahuac*, que son ocupados para tratar distintos padecimientos.

Foja / Descripción	Plantas mencionadas	Ilustración
<p>F. 57v Remedio para la parturienta</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Corteza de árbol <i>cuauhalahuac</i>: Árbol resbaloso (<i>cuahuittl-alahuac</i>) •Hierba <i>cihuapahtli</i>: Medicina de la mujer (<i>cihuatl-pahtli</i>) •Hierba <i>tlanextia</i> Hierba que resplandece (<i>tlanextia-cuahuitl</i>) •Árbol <i>quetzalhuexotl</i>: Sauce fino, precioso o muy verde (<i>quetzalli-atl-illin</i>) •Cebollas desecadas •<i>Nochtli</i>: Tuna, fruto de la opunacia. •<i>Octli</i>: Pulque. Líquido del jugo del maguey fermentado •<i>Xaltomatl</i>: Tomate de la arena (<i>xalli-tomatl</i>) 	

<p>F. 58r <i>Menstruo sanguinolento</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> •Raíz de <i>ahuiyac xihuitl</i>: Hierba olorosa (<i>ahuiyac-xihuitl</i>) •Raíz de sauce •Bellotas de encina •Pulque 	
<p>F. 58v <i>Lavado del vientre de la puérpera</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> •<i>Xiuheloquitl</i>: Planta comestible verde en forma de elote (<i>xiuhtic-elotl-quilitl</i>) •<i>Tlacopopotl</i>: Medio popote (<i>tlaco-popotl</i>) •<i>Centzonxochitl</i>: Mil flores (lit. cuatrocientas flores) (<i>centozontli-xochitl</i>) •<i>Xiuhpahtli</i>: Medicina verde (<i>xiuhtic-pahtli</i>) •Laurel •<i>Iztac huitzcuahuitl</i>: Árbol blanco espinoso, o palo blanco de espinas (<i>iztac-huitztli-cuahuitl</i>) •<i>Malinalli</i>: Cosa que tuerce o enreda. Liana •Pino •Palma 	

<p>F. 59r</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ayonelhuatl</i>: Raíz de calabaza, o raíz aguanosa • Hierbas agrias • Raíz de <i>cuauhalahuac</i> 	 <p><i>Yzac huiſqnahuitl Ayonelhuatl.</i></p>
<p>F. 59v <i>Tumoración de las mamas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas y conos de cedro • Hojas y raíces de <i>cuauhiyauhtli</i>: Pericón del monte (<i>cuahuitl-i-yauhtli</i>) • Hierba de <i>elozacatl</i>: Grama como mazorca (<i>elotl-zacatl</i>) • Junco • <i>Pozahualizxiuhtontli</i>: Hierbecita de la hinchazón (<i>pozahualiztli-xihuítl-tontli</i>) • <i>Totec ixihuh</i>: Hierba de nuestro señor (<i>totec-i-xihuitl</i>) 	 <p><i>pozahualizxiuhtontli. Xomalin. Totec ixihuh.</i></p>

<p>F. 60r</p> <p>Medicina lactógena</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Octli</i> • Hierba <i>chichiltic xiuhtontli</i>: Hierbecilla roja (<i>chichiltic-xihuitl-tontli</i>) • <i>Tohmiyoxihuitl</i>: Hierba velluda (<i>tomitl-yo-xihuitl</i>) • <i>Memeyaxiuhontli</i>: Hierbecilla que da leche, o de la que mana líquido (<i>memeya-xihuitl-tontli</i>) • Poción hecha de trigo 	
<p>F. 61r</p> <p>Para las quemaduras de los niños</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Semilla de <i>michihuauhtli</i>: Bledos de pescado (<i>michin-huauhtli</i>) • Trigo • <i>Tlatlancuaye</i>: Que tiene rodillas, por los nudillos del tallo. Este nombre se aplica a diversas plantas (<i>tla-tlancuaitl-ye</i>) • Hojas de <i>huitzitzilxochitl</i>: Flor del colibrí (<i>huitzitzilin-xochitl</i>) • Raíz de <i>tlalahuehuetl</i>: Ahuehete de la tierra (<i>tlalli-ahuehuetl</i>) • <i>Tlayapaloni</i>: Tinte para ennegrecer, o más bien para dar color morado (<i>tla-yapaloa-ni</i>) • Hojas de laurel • Ramas de <i>xiuhehecapahtli</i>: Medicina del aire verde (<i>xiuhtic-ehecatl-pahtli</i>) 	

	<ul style="list-style-type: none"> •<i>Coltotzin</i>: Ganchillo (<i>colotl-ton-tzin</i>) •<i>Tlalmizquitl</i>: Mezquite de la tierra, o sea pequeño (<i>tlallimizquitl</i>) •Espigas 	
<p>F. 61v</p> <p><i>Cuando el niño no quiere mamar por algún dolor</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> •<i>Teamoxтли</i>: Musgo de la piedra (<i>tetl-amoxтли</i>) 	

Anexo 2. Expediente relativo a la forma en que se ha de desempeñar el oficio de partero y partera⁹⁰

El expediente que se transcribe adelante es una cédula Real emitida el 21 de julio de 1750, cabe señalar que se trata de una copia impresa, el archivo original cuenta con dos fojas manuscritas que contienen información relativa a la veracidad de la transcripción, así como las razones de que se hiciera la copia; al tratarse de indicaciones que no son del todo significativas dentro de los límites del presente escrito, se optó por omitir su transcripción, sin embargo, estas pueden ser consultadas en el enlace que aparece a pie de página. La ficha de identificación con la que inicia la transcripción, corresponde a la clasificación que originalmente fue asignada al documento, mismo que se encuentra digitalizado en el Portal de Archivos Españoles (PARES).

Identificación	
Título nombre atribuido:	Expediente relativo a la forma en que se ha de desempeñar el oficio de partero y partera
Signatura:	CÉDULAS Y PRAGMÁTICAS, CAJA 26, 33
Fecha formación:	1750-07-21 - 1750-09-07
Nivel de descripción:	Unidad Documental Compuesta
Código de referencia:	ES.47186.ARCHV//CÉDULAS Y PRAGMÁTICAS,CAJA 26,33

21 de Julio de 1750

Copia de Cedula, como han de usar su oficio los Parteros y Parteras. [f.1r]

[en blanco] [f.1v]

EL REY.

POR quanto por parte del Real Tribunal del Proto-Medicato, y en su nombre Don Joseph Suñol, su Presidente, y primer Medico de mi Real Persona, en Memorial que pusieron en mis

⁹⁰ Consultado por última ocasión el 13 de junio de 2023, a través de PARES: <http://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/description/7340382?nm>

Reales manos, me representaron: Que estando à su cuidado la inspeccion de la salud pùblica, y el dâr las mas oportunas providencias, que evitassen los menoscabos de ella, ocurriendo à quanto pudiesse serle perjudicial, y que à este fin le estaban conferidas las mas especiales, y amplias facultades, y prorroga~~iones~~ [tibas⁹¹] por las Leyes, y Reales Pragmaticas, no havia podido su cuidadosa atencion dexar de commoverse por las tragedias, y lastimosos sucessos, que de algunos tiempos à esta parte acontecian en esta mi Corte, y en las principales Ciudades, y Poblaciones de las Castillas, no solo en las mugeres, que segun su edad, y robustèz prometian naturales, y felices partos, sino tambien en las que abortaban por accidente, muriendo infelizmente unas, y otras, con desgra- [f.2r] cia de las madres, y sus criaturas, naciendo este irreparable daño de la impericia, y mala conciencia de la Mugeres llamadas Parteras, y de algunos hombres, que para ganar su vida havian tomado por oficio el partear, de que dicho Tribunal estaba bastantemente informado, y podria dâr suficiente justificacion, siempre que mi Real Persona la juzgasse por conveniente: Que este universal perjuicio havia dimanado de haverse suspendido el examen que antes se hacia de las referidas Parteras por los Proto-Medicos, por una Ley Real, ò Pragmatica del Señor Phelipe Segundo,⁹² sin atender, que si al referido Principe movieron entonces motivos justos para suspender los examenes de las Parteras, mandados executar por los Señores Reyes Catholicos,⁹³ fuesse su Real animo el mantener tal casta de gente libres, y à su arbitrio este intolerable abuso: Que tambien reparaba el Tribunal del Proto-Medicato, que en los Juzgados Eclesiasticos, y Reales, se admitian declaraciones judiciales de Parteras, y Parteros, en Causas de la mayor importancia, assi Matrimoniales, como de Successiones hereditarias, y Mayorazgos, afianzando tal vez sus decissiones à las declaraciones de unos legos, por suponerlos peritos, y peritas en este Arte, lo que à todas luces repugnaba; y por causar al Proto-Medicato, y su Presidente igual estrañeza este abuso, è intolerable su errada continuacion, instando tambien su Fiscal, en quien residia la obligacion de pedir el remedio correspondiente à tanto daño, haciendose car- [f.2v] go de no caber en las facultades del Proto-Medicato el hace cessar la suspension de la referida Ley del Señor Phelipe Segundo, havia hecho el Fiscal la instancia

⁹¹ Sobrescrito a mano

⁹² En 1567

⁹³ Pragmáticas de 1477, 1491 y 1498, que plantea las funciones y poderes que tiene el Protomedicato y los alcaldes examinadores. El contenido completo de esta ley puede ser revisado en el *Tomo primero de las leyes de recopilación* (Recopilación 1775) así como en la obra de Miguel Eugenio Muñoz (1751), ambos documentos referidos en la bibliografía.

eficáz de que se pusiesse en noticia de mi Real Persona lo expuesto, como lo executaba, para que siendo de mi Real agrado, me sirviesse mandar, que (sin embargo de la referida suspension, y con el exemplar de lo que se practicaba en Zaragoza, Barcelona, Sevilla, y otras Ciudades de varios Reynos) todas las Parteras, y Parteros, que actualmente exercian este oficio, fuessen examinados por dicho Tribunal, ò persona de su satisfacion, que para esto destinasse; y que en adelante nadie pudiesse, ni debiesse intrometerse à este oficio, sin que primero fuesse examinado en theorica, y practica, baxo de graves penas, y que para ello se expidiessen las ordenes, y despachos necesarios; y no moviendo al Tribunal otro motivo, que el cumplimiento de su obligacion: Y habiendo remitido al mi Consejo el citado Memorial, para que sobre su contenido me consultasse lo que se le ofreciere, y pareciere: Visto por los de èl, con lo que en el assumpto se expuso por el mi Fiscal, sobre consulta suya de seis de Abril passado de este año, fui servido resolver entre otras providencias, que iràn declaradas, que el Real Proto-Medicato formasse el Arancel correspondiente, por lo respectivo à los derechos que debian satisfacerse por las personas que se huviessen de examinar, y se remitiesse al mi Consejo para su aprobacion: En [f.3r] cuyo cumplimiento, por el referido Tribunal, en veinte y dos de Mayo proximo, se representò à los de èl, estimaba que las Parteras que se huviessen de examinar en èl, y fuera de la mi Corte, debian apromptar cada una la cantidad de cien reales vellon⁹⁴, repartiendolos: Sesenta y dos para la Arca del mismo Tribunal: treinta para el Secretario por razon de la Nota de examen, y despacho del Titulo que se havia de dâr: y los ocho reales restantes para el Cirujano, que debia concurrir al acto del examen: Entendiendose, que estos no se percibirian de las Parteras que se examinassen fuera, quedando à su beneficio, para satisfacer parte de los gastos que causarían en las diligencias de examen; en cuya virtud se les havia de librar los Titulos correspondientes, no haciendo el Tribunal mayor assignacion de derechos, por contemplar ser gente pobre la que se empleaba en estas operaciones, y porque en ningun tiempo se juzgasse, que la codicia del interès le havia movido à fomentar la instancia, ni menos executaba Arancel para con los Parteros, pues estos debian de ser Cirujanos para exercerlo, por ser parte de la Cirugia; con que habiendo de pretender examen separado de este Arte, se les negaria, previniendoles, no se daba Titulo que no fuesse para Cirujano; y queriendo llevar

⁹⁴ Moneda de cobre provincial de Castilla, que se llamó así porque los romanos, cuando la acuñaron, estamparon en ella una oveja. (Pezzat, 2009)

el adictamento de Partero, se le franquearia, examinandole al mismo tiempo de uno, y otro, sin exigirles mas dinero por via de deposito para el [f.3v] Tribunal, y sus Ministros subalternos, que los señalados para los Cirujanos en Real Decreto de once de Septiembre de mil setecientos y quarenta: Lo que visto por los del mi Consejo, con los antecedentes del assumpto, y lo que sobre todo se dixo por el mi Fiscal, por Decreto que proveyeron en veinte y dos de Junio proximo passado, se acordò expedir esta mi Cedula: Por la qual apruebo el Arancel de que queda hecho mencion, formado por el Real Tribunal del Proto-Medicato de Madrid: Y mando, que arreglado à èl, y à las calidades con que se expressan en su representacion de veinte y dos de Mayo, se practiquen los exámenes, assi de las Parteras que se huviessen de examinar en dicho Tribunal, como fuera de èl, executandole en la forma que previene para con los Parteros, que lo pretendiessen ser, negando~~le~~ [sele⁹⁵], no siendo tambien para Cirujano, como parte que se contempla essencial para dicho ministerio, satisfaciendo aquellas las cantidades que se han considerado, y vàn nominadas, y èstos los señalados en mi Real Decreto de once de Septiembre de mil setecientos y quarenta, sin que por la extension de facultad para partear se le lleve mas derechos, que los correspondientes al Titulo de Cirujano: Y en consecuencia de mi Real [f.4r] resolucion, tomada à consulta del mi Consejo del citado dia seis de abril, en que tuve por justa, y arreglada la proposicion del Tribunal del Real Proto-Medicato, entendiendose quedar exceptuados los casos de necesidad, para que tenga entero cumplimiento en todas sus partes, concedo permission al nominado Tribunal para que establezca las prudentes reglas con que deberàn hacer se los referidos exámenes, señalando las personas por quienes se practiquen fuera de esta mi Corte, y sus cinco leguas, formando la necessaria instruccion de lo que podràn, y deberàn hacer las Parteras, y lo que les està prohibido deben omitir en el uso de su exercicio, executando lo mismo por lo respectivo à los Parteros, en la forma que lo estime conveniente el Tribunal; siendolo tambien no sujetar al nuevo propuesto examen à los que por repetidas experiencias⁹⁶ tienen por notoriedad acreditada à el presente su ciencia en mi Corte, y algunas Ciudades del Reyno, dando para su observancia las providencias que se requieran, à cuyo fin, y para este caso le concedo las facultades necessarias: Y es mi voluntad, que al traslado impresso de esta

⁹⁵ Sobrescrito a mano

⁹⁶ Este dato resulta bastante llamativo, pues plantea la posibilidad de que ciertas personas, con base en una experiencia reconocible y bien fundamentada, lo que incluye la presentación de ciertas evidencias que no menciona, puedan quedar exentas de esta nueva examinación.

mi Cedula, firmado de Don Joseph Antonio de Yarza, mi Secretario, Escrivano de Camara mas antiguo, y de Gobierno del mi Consejo, [f.4v] se le dè la misma fé, y credito, que à la original. Dada en Buen-Retiro à veinte y uno de Julio de mil setecientos y cinquenta.

YO EL REY. Por mandado del Rey nuestro Señor. Don Agustin de Montiano y Luyando.
Rubricada.

Es Copia de la Real Cedula original de su Magestad, de que certifico. enmendado = etibas = sele=

[*Rúbrica autógrafa*] Don Joseph Antonio de Yarza [f.5r]

Anexo 3. Pronunciamientos



PRONUNCIAMIENTO
del
FORO "PARTERÍA, CULTURA, ANCESTRALIDAD Y DERECHOS"
enero 2018 Ciudad de Oaxaca, México

Nosotras parteras tradicionales y parteras en la tradición, procedentes de 17 estados de México y de Argentina, Brasil, Colombia, Guatemala y Perú, convocadas por el deseo de tejer caminos hacia el fortalecimiento de la partería ancestral, nos reunimos en Oaxaca del 25 al 27 de enero del 2018.

Nos reconocemos como parteras guardianas de la vida, la madre tierra, la memoria ancestral, las tradiciones de nuestros pueblos. Procedemos de culturas indígenas y no indígenas, estamos en selvas, montañas, costas y ciudades a lo largo y ancho del planeta. Honramos a nuestras ancestas y ancestros, maestros y guías, transmitiendo nuestros conocimientos de generación en generación.

Con nuestro conocimiento, amor, paciencia, perseverancia, intuición y humildad, cuidamos y acompañamos el momento del nacimiento reconociéndolo como un momento profundo y espiritual; confiamos en la sabiduría del cuerpo de las mujeres y sus bebés así como en la fuerza de la madre tierra y por este motivo nos valemos de sus elementos para sostener el equilibrio y servir a la vida y sus ciclos.

Alertamos sobre los riesgos de desaparición de este saber milenario, ya que identificamos el despojo de los saberes tradicionales. Estamos ante un escenario en que se apuesta por la desaparición de la partería a través de múltiples formas de persecución y amenaza, así como la instauración de una cultura del miedo que promueve la idea de que el parto es un evento peligroso y en donde se han impuesto mecanismos de regulación sobre las formas de nacer, violando de manera sistemática derechos colectivos y culturales de los pueblos.

Nos encontramos ante discursos institucionales y programas que ejercen control y violencia sobre los cuerpos de las mujeres, negando su derecho a decidir cómo, dónde y con quién parir; incluso se les condiciona su acceso a programas sociales, orillándolas a la atención institucional, bajo la amenaza de perder tales apoyos. También se viola el derecho fundamental de los niños y niñas a la identidad cuando se impide la expedición de certificados de nacimiento en los partos atendidos por parteras.

Nos es negado como parteras el derecho a ejercer nuestras prácticas y preservar nuestros saberes. Vivimos cotidianamente situaciones de discriminación, invisibilización y exclusión. Asimismo, se pretende descalificar la legitimidad de las formas y procesos mediante los cuales transmitimos nuestros saberes a las siguientes generaciones de parteras.

Son claras las graves consecuencias de décadas de políticas públicas que perpetúan dinámicas de subordinación, control y cooptación de la partería tradicional. Se han impuesto prácticas medicalizadas que desvalorizan nuestros saberes y minimizan el papel de las parteras y su lugar en la comunidad. Se ha promovido alrededor de la partería tradicional y en la tradición, la idea de que es una práctica insegura. Esto ha orillado a muchas parteras a adaptarse a las exigencias de las instituciones, a vivir en la sombra o incluso a dejar de ser lo que son. Se niega de este modo, que la partería es segura, legítima, valiosa y que la necesidad de su práctica es más vigente que nunca.

En este encuentro de corazones, hilando juntas:

Nos manifestamos de manera contundente por la preservación, fortalecimiento y ejercicio de la partería tradicional y en la tradición, así como su visibilización, valorización, respeto y protección.

Elegimos retomar el lugar protagónico que nos corresponde dejando en el pasado los papeles subordinados en que las instituciones de gobierno pretendieron relegarnos. Las parteras somos actrices autónomas, nuestros saberes son legítimos y verdaderos. Sabemos cuales son nuestros ámbitos de acción y reconocemos los límites de nuestra práctica.

Promovemos el mejoramiento de nuestras condiciones de vida y el cuidado integral de nuestro ser para estar más plenamente al servicio. Nos comprometemos a continuar transmitiendo estos saberes de generación en generación, de abuelas a nietas, de maestras a aprendices, quienes han recibido el llamado de ponerse al servicio de la vida, e invitamos a otras abuelas y jóvenes a sumarse a esta iniciativa. Seguiremos nutriendo los espacios de diálogo, aprendizaje mutuo, crecimiento y reconocimiento entre las abuelas y las nuevas generaciones de parteras.

Recuperamos el lugar fundamental de la partera en los tejidos comunitarios como un acto político y una tarea colectiva en la lucha contra el despojo. La apuesta es por la vida, el territorio, la autonomía. Cuidar la forma de nacer implica defender el vínculo sagrado que nos hace una con la tierra.

Llamamos a las mujeres, familias y comunidades a sumarse a la defensa de la partería, a exigir de manera categórica su derecho de elegir las maneras de parir y nacer.

Convocamos a las organizaciones sociales, a la academia, a las instituciones, organismos de derechos humanos, pueblos y comunidades, a difundir sus hallazgos, construir argumentos y denunciar los riesgos que afronta la partería tradicional. También los llamamos a hacer parte de una amplia alianza, acompañando nuestra lucha y caminar en la preservación de los saberes tradicionales.

Reconocemos que la partería tradicional y en la tradición, al proteger la continuidad de la vida y las comunidades, debe ser planteada desde la defensa integral de los derechos humanos; entre estos los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales; Derechos de las Mujeres, Derechos de los Niños y Niñas; y Derechos de los Pueblos Indígenas.

Llamamos a las instancias garantes de derechos humanos a pronunciarse sobre las múltiples violaciones hacia el saber y práctica de la partería tradicional, en relación con los marcos constitucionales e internacionales que pretenden protegerla y realicen recomendaciones a las instituciones correspondientes.

Defendemos el derecho fundamental a la identidad de los niños y las niñas, por ello exigimos a las autoridades sanitarias garantizar que cada bebé que llega a este mundo, reciba el certificado de nacimiento de forma expedita independientemente de su lugar de nacimiento y de quién brinde la atención.

Apelando a la profunda espiritualidad que nos legaron nuestras abuelas y ancestros, nos comprometemos y nos lanzamos con entusiasmo, alegría, dignidad y fuerza a conformar el Consejo de Abuelas Parteras Guardianas del Saber Ancestral, inicialmente un grupo impulsor.

Correo electrónico de contacto: abuelasparteras@gmail.com

Firmamos

Consejo de Abuelas Parteras Guardianas del Saber Ancestral de México
Consejo de Abuelas Parteras Guardianas del Saber Ancestral de las Américas
Nueve Lunas S.C., Oaxaca
Kinal Antzetik Distrito Federal A.C.
CAMI "Nellys Palomo Sánchez", San Luis Acatlán, Guerrero
Manos Unidas, Guerrero
Movimiento Nacional de Comadronas Nim Alaxik Mayab´, Sabiduría Ancestral Maya,
Guatemala
Cais do Parto, Brasil
Escuela de Saberes, Cultura y Tradiciones Ancestrales (E.S.C.T.A), Brasil
Escuela de Saberes, Cultura y Tradiciones Ancestrales (E.S.C.T.A), Colombia
Awaike, Argentina



Agenda por la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional en México

NOSOTRAS Parteras Tradicionales de la ciudad y el campo, Parteras Tradicionales Mestizas y Parteras Tradicionales Indígenas de los Pueblos Amuzgo, Ikoots, Maya, Mixteco, Nahuatl, Tzeltal, Tojolabal, Tlapaneco, Tsotsil, Zapoteco y Zoque, y provenientes de los estados de Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Yucatán; Nosotras integrantes de organizaciones, redes de parteras y Casas de la Mujer Indígena que trabajan con parteras, convocadas a la Reunión Nacional: "Partería Tradicional y Salud Materna. Propuestas para la agenda social y política", por parte de las organizaciones de la sociedad civil aliadas: FOCA A.C., GPA y Kinal Antzetik D.F., nos reunimos en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, los días 25 y 26 de junio 2019, contando también con la presencia de las mujeres indígenas organizadas de este país: la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (CONAMI), la Asamblea Nacional Política de Mujeres Indígenas (ANPMI) y la Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México (AMICAM).

NOSOTRAS nos unimos en torno a la partería tradicional, auto-reconociéndonos en nuestra identidad como parteras tradicionales, sabiendo que existen diversos caminos que nos conducen a serlo, por revelarse en nuestros sueños, porque nos lo han heredados de más atrás, porque lo vivimos como un don o porque lo hemos aprendido. Estamos unidas en torno a la partería tradicional, ya que nuestros saberes y prácticas están enfocados a la protección de la vida; a ofrecer un cuidado integral con base en el respeto de las mujeres y bebés; a respetar el derecho de las mujeres a decidir cómo quieren que sea atendido su parto, dónde y con quién; al uso de las medicinas tradicionales; a conectar con la madre tierra y la dimensión espiritual de los seres humanos; a crear comunidad y defender los territorios; a reivindicar el origen del saber de la partería tradicional; a proteger los saberes tradicionales, y especialmente, a honrar la gran herencia de nuestras ancestras y ancestros.

DESPUÉS de reconocer quiénes somos, después de escuchar nuestros pesares sobre lo que vivimos en el ejercicio de nuestros saberes y prácticas, después de compartir nuestras voces y reconocer el sentir de lo que guarda cada una en su corazón, después de expresar el pensar a profundidad, con mucha determinación y sin miedo a las diferencias sobre la perspectivas de nuestras realidades, y después de identificar aquellos aspectos que tenemos en común y nos unen en la afortunada labor de acompañar a las madres en el proceso de dar vida en las comunidades y rincones de este país; hemos llegado a la conclusión de que no podemos seguir siendo espectadoras del gran exterminio al que se nos ha sometido, y que se viene acelerando en las últimas dos décadas. No queremos ser cómplices de quienes, por diversos intereses, pretenden ignorar nuestros valiosos aportes a la preservación de la vida.

Por lo anterior, hemos decidido elevar nuestras voces para Defender y Promover la Partería Tradicional en México, para lo cual:

EXIGIMOS AL ESTADO MEXICANO:

1. El reconocimiento de la partería tradicional como formas de atención del embarazo, parto y puerperio culturalmente respetuosas, no violentas y seguras para las mujeres y los recién nacidos.
2. El derecho a seguir ejerciendo la partería tradicional sin amenazas, prohibiciones, coerciones de instituciones públicas, dando cumplimiento a los marcos normativos nacionales e internacionales que reconocen el derecho de los pueblos al uso de la medicina tradicional.
3. Al sector salud y al Registro Civil que las parteras tradicionales podamos expedir las constancias/hojas de alumbramiento sin condicionamientos y que los certificados de nacimiento registren fielmente los partos que atendemos, independientemente de que las parteras estén o no registradas/certificadas o con credencial emitida por la SSA. Esto es fundamental para eliminar el subregistro de atención de partos por parteras, visibilizar su aporte a la salud de la población y reconocer la relevancia y vitalidad de su trabajo.
4. El derecho a la protección, conservación y transmisión de los conocimientos ancestrales que tenemos las parteras tradicionales a las nuevas generaciones de los pueblos originarios y comunidades fromexicanas, y el reconocimiento de la partería como un derecho humano y cultural.
5. Que se respete y se garantice el derecho de las mujeres a ser atendidas de acuerdo a sus creencias, costumbres, con quien ellas decidan, en el lugar que elijan y de forma segura, sin ningún tipo de condicionamiento.
6. Servicios de salud de calidad y con integralidad, sin discriminación, pertinentes y respetuosos de la cultura de las mujeres y los recién nacidos, así como acceso a estos servicios en lugares alejados y unidades de primer nivel de atención con recursos y personal suficiente.
7. Respeto a la autonomía y la libre autodeterminación de los pueblos establecida en el artículo 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
8. Respeto, reconocimiento como interlocutoras y no criminalización a las organizaciones de parteras, terapeutas tradicionales, asociaciones civiles y otros grupos que luchan por la protección, defensa y revitalización de la partería y medicina tradicional.
9. Un estímulo económico sin condicionamientos, para las parteras tradicionales que así lo consideren conveniente, por la atención a la salud que como parteras tradicionales hemos dado y continuamos dando a las comunidades, incluso cubriendo labores que corresponderían a las instituciones de salud. Y para todas las parteras, que las instituciones de salud del Estado garanticen las condiciones para el libre ejercicio de la partería tradicional.

Nuestras exigencias se sustentan en el rol que jugamos las parteras tradicionales como guardianas de la vida y del linaje femenino, para recibir con respeto y amor a los bebés y las madres, así como el trabajo que hacemos para preservar y transmitir los saberes ancestrales de generación a generación, el cual involucra la pertenencia comunitaria, la relación y el cuidado de la tierra y las plantas medicinales, procurando no perder las ceremonias espirituales que dan fuerza y vitalidad a las mujeres para conectar con sus hij@s. Partimos del don del conocimiento, de respetar lo que quieren las mujeres y de los elementos aglutinadores de las comunidades y lo que ayuda a la sobrevivencia de los pueblos.

Pero no solamente eso, la partería tradicional hace parte fundamental de los derechos humanos y culturales que como personas y pueblos tenemos, como es el derecho a la identidad individual y colectiva; el derecho humano a gozar del más alto nivel de salud y tener acceso al cuidado de la salud, especialmente la salud materna; a ejercer y gozar de todos los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho de la mujer a decidir cómo, dónde y con quién parir; el derecho a preservar, enriquecer y transmitir los conocimientos y prácticas tradicionales que son un legado ancestral y que son parte de nuestra identidad; el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para decidir nuestras formas de vivir y nacer. Nuestros saberes constituyen parte del patrimonio inmaterial de nuestros pueblos y nadie puede arrebatarnos, ni negar que con ellos generamos y construimos relaciones de paz y buen trato para ésta y las generaciones venideras.

Por todo lo anterior, nos **COMPROMETEMOS** a:

Elevar nuestra organización, a movilizarnos en nuestras localidades, regiones y a nivel nacional e internacional para visibilizar nuestra labor y su importancia en la conservación de la vida; a dar seguimiento a las políticas públicas que nos competen y también a hacer oír nuestras voces frente a las autoridades; a denunciar públicamente los atropellos contra las parteras tradicionales de parte de funcionarios públicos (p.e. personal médico); a sensibilizar a las autoridades que ignoran las situaciones que vivimos; a generar iniciativas viables, creativas y propositivas, con el apoyo de personas expertas y académicas(os); a compartir con otras parteras las formas propias de atención del embarazo, parto y puerperio; a difundir nuestra agenda política a otras parteras tradicionales del país, y sobre todo, a construir los nuevos liderazgos que requerimos las parteras tradicionales de la ciudad y el campo de México, con el apoyo de organizaciones de la sociedad civil.

***Parteras tradicionales de la ciudad y el campo, parteras mestizas, parteras tradicionales indígenas, aliadas y organizaciones nacionales de mujeres indígenas de México
¡Unidas en la Defensa y la Promoción de la Partería Tradicional!***

Firman:

- Movimiento de Parteras de Chiapas "Nich Ixim"
- Red de Parteras y Promotoras "Tam Unen", Jitotol, Chiapas
- Sakil Nichim Antzetik, Chiapas
- Centro de Formación y Capacitación para las Mujeres (CEFOCAM)- K'injal Antzetik, Chiapas
- Snail Vetometric A.C.-Casa de la Mujer Indígena, Chalchihuitán, Chiapas
- Zihuame Xotlametzin A.C.-Casa de la Mujer Indígena Zihuachikahuak, Chilapa, Guerrero
- Casa de la Mujer Indígena "Manos Unidas", Ometepec, Guerrero
- Casa de la Mujer Indígena "Nellys Palomo Sánchez", San Luis Acatlán, Guerrero
- Kinal Antzetik Guerrero A.C.
- Red de Mujeres Indígenas y Afromexicanas (REMJINA)
- Parteras tradicionales región Istmo, Oaxaca.
- Ikoods Mondüy Moniün Andeow SSS-Casa de la Mujer Indígena, San Mateo del Mar, Oaxaca
- El Despertar de las Mujeres que Curan- Organización de Médicas Tradicionales del Oriente de Yucatán
- Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (CONAMI)
- Alianza Centroamericana de Mujeres Indígenas (AMICAM)
- Asamblea Nacional Políticas de Mujeres Indígenas (ANPMI)
- Alianza Pediátrica Global (GPA, por sus siglas en inglés)
- Formación y Capacitación A.C. (FOCA)
- Kinal Antzetik Distrito Federal A.C.

Correo de contacto: parteriatradicional2019@gmail.com

“AGENDA NACIONAL PARA LA DEFENSA Y PROMOCIÓN DE LA PARTERÍA TRADICIONAL EN MÉXICO.”



Parteras Tradicionales, autónomas, indígenas, mestizas, rurales y urbanas, provenientes de los estados de Baja California, Chiapas, Ciudad de México, Edo. de México, Guerrero, Michoacán, Morelos, Oaxaca, San Luis Potosí, Yucatán, Quintana Roo, Querétaro, nosotras integrantes de organizaciones, redes de parteras y Casas de la Mujer Indígena que trabajan con parteras nos reunimos en la Ciudad de México, los días 25 y 26 de agosto de 2022 para continuar con la **Construcción de la Agenda Nacional para la defensa y promoción de la partería tradicional en México**. En esta reunión estuvimos acompañadas de mujeres organizadas en la Asamblea Nacional Política de Mujeres Indígenas (ANPMI) y de compañeras de organizaciones de la sociedad civil que son nuestras aliadas: FOCA A.C., Alianza Pediátrica Global (GPA), Kinal Antzetik D.F. y Sakil Nichim.

Nos reunimos en torno a la partería tradicional, ya que nuestros saberes y prácticas están enfocados a la protección de la vida; a ofrecer un cuidado integral con base en el respeto; a defender el derecho de las mujeres a decidir cómo quieren que sea atendido su parto, dónde y con quién; al uso de las medicinas tradicionales; a conectar con la dimensión espiritual de los seres humanos; a crear comunidad y defender los territorios; a proteger los saberes tradicionales y especialmente, a honrar la gran herencia de nuestras ancestras y ancestros.

Nos reunimos para compartir las problemáticas que nos aquejan, la persecución que vivimos en nuestras prácticas, saberes y conocimientos; nos unimos para compartir nuestras voces y expresar nuestro pensar a profundidad y para identificar aquellos aspectos que tenemos en común en la afortunada labor en el proceso de dar vida y el cuidado integral con base en el respeto; hemos llegado a la conclusión de que debemos oponernos al hostigamiento al que se nos somete y que está llevando al exterminio de nuestra labor.

El contexto de la pandemia ha develado la carencia en los servicios de salud y hemos sido nosotras, las parteras tradicionales, las que hemos estado al frente de la atención en nuestras comunidades y rincones de este país. El incremento en partos atendidos por parteras tradicionales es una prueba de lo necesario que resultan nuestros saberes y prácticas para nuestras comunidades.

No queremos ser cómplices de quienes, por diversos intereses económicos, empresariales, políticos, entre otros, pretenden ignorar nuestros valiosos aportes a la preservación de la vida y más ahora en el contexto de la COVID- 19.

Por lo anterior, elevamos nuestras voces para Defender y Promover la Partería Tradicional en México, para lo cual:

EXIGIMOS

1. El reconocimiento de la partería tradicional como un sistema real e integral de salud en nuestro país, con formas de atención del embarazo, parto y puerperio culturalmente respetuosas, con prácticas de cuidado no violentas y seguras para las mujeres y los recién nacidos, como lo establece el artículo 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos sobre la autonomía y la libre autodeterminación cultural de los pueblos.
2. El derecho a seguir ejerciendo la partería tradicional sin amenazas, prohibiciones, coerciones de instituciones públicas, dando cumplimiento a los acuerdos y marcos normativos nacionales e internacionales que reconocen el derecho de los pueblos al uso de la medicina tradicional.
3. Al sector salud y al Registro Civil que las parteras tradicionales podamos expedir las constancias/ hojas de alumbramiento sin condicionamientos y que los certificados de nacimiento registren fielmente los partos que atendemos, independientemente de que las parteras estén o no registradas/ certificadas o con credencial emitida por la SSA. Esto es fundamental para eliminar el subregistro de atención de partos atendidos por parteras, visibilizar su aporte a la salud de la población y reconocer la relevancia y vitalidad de su trabajo.
4. Sobre las recientes declaraciones del doctor Gatell, nos llamó la atención la posibilidad de garantía a la partería tradicional, queremos mayor información al respecto, sobre la regla, ley o norma que la sustenta, para entender claramente la implicación directa a nuestro trabajo de cuidar y perpetuar la vida.
5. Como lo declaran los instrumentos internacionales y la Constitución Mexicana, las parteras tradicionales queremos ser parte de la construcción de estos instrumentos, normas o leyes que garanticen nuestro trabajo, por eso demandamos el derecho a la consulta y participación, pues somos las únicas que sabemos a qué retos nos enfrentamos y cómo lograr mejores relaciones con las personas que atendemos y el sistema de salud mexicano.
6. Uno de los aspectos que consideramos fundamentales a incluir en cualquier propuesta de norma o ley, es su fundamentación ética y política. Dicha fundamentación, debe favorecer las relaciones de justicia social interculturales, alentar la autonomía de los pueblos originarios, descansar sobre prácticas de democracia participativa y aprovechar el conocimiento tanto tecnológico como científico, en beneficio del desarrollo de todos los pueblos y comunidades involucradas.

POR EL RESPETO A LOS CONOCIMIENTOS ANCESTRALES NUNCA MÁS UN MÉXICO SIN NOSOTRAS

Firman:

- Movimiento de Parteras de Chiapas "Nich Ixim"
- Sakil Nichim Antzetik Chiapas
- Red Mexicana Autónoma de Médicos y Parteras Tradicionales de Morelos
- Red Mexicana Autónoma de Médicos y Parteras Tradicionales .
- Red Autónoma de Médicos y Parteras Tradicionales de Michoacán

- "Manos Unidas"-Casa de la Mujer Indígena, Ometepec, Guerrero
- "Nellys Palomo Sánchez"-Casa de la Mujer Indígena, San Luis Acatlán, Guerrero
- Ikoods Mondüy Andeow SSS- Casa de la Mujer Indígena, San Mateo del Mar Oaxaca
- Parteras tradicionales región Istmo, Oaxaca.
- Parteras tradicionales ancestrales de Cuernavaca, Morelos
- Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México (AMICAM)
- Asamblea Nacional Política de Mujeres Indígenas (ANPMI)
- Alianza Pediátrica Global (GPA, por sus siglas en inglés)
- Formación y Capacitación A.C. (FOCA)
- Camati "Mujeres construyendo desde abajo"
- Kinal Antzetik Distrito Federal A.C.
- El Despertar de las Mujeres que Curan- Organización de Médicas Tradicionales del Oriente Yucatán
- Noche Zihuame Zihuachikahuac A.C.-Casa de la Mujer Indígena, Chilapa, Guerrero
- Mím Tsabal Parteras
- Mujeres en Defensa de las Mujeres. Naxihi Na Xinxé Na Xih- Casa de la Mujer Indígena, San Quintín, Baja California
- U muuk' iil ko'olelo'ob María Uicab- Casa de la Mujer Indígena, Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo
- APIS sureste
- Comité Promotor por una Maternidad Segura
- Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir A.C



Pronunciamento de la Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional

México, a 10 de febrero de 2023

A LA OPINIÓN PÚBLICA

AL DR. JORGE ALCOECER VARELA, TITULAR DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

AL DOCTOR HUGO LÓPEZ-GATELL RAMÍREZ, SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

A LA DRA. KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN, DIRECTORA DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud ha elaborado el anteproyecto de "Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-XXX-SSA-2023, para el ejercicio de la partería tradicional, comunitaria y profesional. Criterios para la regulación de las salas de labor, parto y recuperación".

Las normas oficiales, como el nombre lo indica, tienen el propósito de normar el funcionamiento y operación, en este caso, del personal adscrito al Sistema Nacional de Salud (SNS). Se debe tomar en cuenta que en México también existen los sistemas de salud de los pueblos y las comunidades indígenas, afroamericanas y equiparables, de los cuales forma parte la partería tradicional.

Las parteras tradicionales no formamos parte del SNS, por ello, una Norma Oficial no puede tener como objeto la regulación del ejercicio de la partería tradicional y comunitaria. Dicha Norma sería inconstitucional, ya que viola los derechos de los pueblos indígenas establecidos en diversos artículos de la Constitución Mexicana y del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, entre los cuales están el derecho a la libre determinación y la autonomía. Asimismo, la invitación que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva hizo a algunas compañeras parteras para participar en un grupo de trabajo, de ninguna manera constituye una consulta previa, libre e informada a la que está obligado a llevar a cabo el Estado mexicano.

Correo de contacto: parteriatradicional2019@gmail.com

1

Las parteras tradicionales tenemos el derecho a preservar y ejercer nuestras prácticas y conocimientos sin el control de la Secretaría de Salud. El legado de nuestras abuelas y abuelos seguirá siendo quebrantado con la imposición de esta nueva norma. En cambio, se requiere reformar el marco jurídico actual vinculado a la práctica de la partería tradicional para que se incorporen y, sobre todo, se garanticen los derechos de los pueblos indígenas respecto al ejercicio de sus conocimientos y prácticas en salud.

Es obligación del sector salud revisar las actuales formas de relación y trabajo con las parteras tradicionales, que han sido de discriminación, utilización, hostigamiento y maltrato. Todos estos son actos que violan nuestros derechos, los de las mujeres a decidir con quién y dónde atenderse en el embarazo, parto y puerperio, así como el derecho de los recién nacidos a la identidad.

Exigimos respeto hacia nuestros saberes ancestrales, a nuestras culturas, cosmovisiones y decisiones sobre el uso de los recursos bioculturales resguardados en nuestros territorios. Nosotras como herederas de los conocimientos ancestrales decidimos sobre su uso y resguardo.

Exigimos detener la represión y la violencia en contra de los pueblos y comunidades indígenas que defendemos nuestros sistemas de salud, que cese el hostigamiento en contra de las parteras tradicionales; que se respeten nuestras formas de curar para la defensa de la vida y el territorio.

Exigimos que este pronunciamiento en contra de la norma no lleve a un mayor hostigamiento y acoso. El personal del Sistema de Salud y las parteras tradicionales tendríamos que trabajar de forma coordinada partiendo del respeto y el reconocimiento de ambos tipos de saberes, garantizando la mejor atención posible a las mujeres y personas recién nacidas.

!!! Exigimos al Estado Mexicano el respeto a nuestros derechos!!!

En constancia suscriben:

Organizaciones, parteras tradicionales y acompañantes de la Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional


Movimiento de Parteras de Chiapas Nich Ixim
Asociación civil M'im T'sabal
CAMATI "Mujeres construyendo desde abajo" A.C.
Casa de la Mujer Indígena "Nellys Palomo Sánchez"
Ikoods Mondüy Moniün Andeow de San Mateo del Mar
Casa de Medicina Tradicional Ixchel
Colectivo de Parteras Loq'Olaj Alaxin
Casa de Medicina Ancestral Teo Tepahkalle
Comunidad casas de medicina y partería tradicional en México
Estela Hernández Martínez, partera tradicional
Carmen Cauich Caamel, partera tradicional
Berta Castillo, partera tradicional
Margarita Chan Luna, partera tradicional
Virginia de Guadalupe Ake Chan, partera tradicional
María Esther Tuz Tuz, partera tradicional
Bernardina Góngora Tun, partera tradicional
María Rafaela Canché Can, partera tradicional
María de la Paz Puebla Alvear, partera
Amparo Calderón Soto, partera tradicional
Dafne Guadalupe Lucero Hernández, aprendiz de partería
Cilintli Gricelda Isabel Soriano Carreño, médico tradicional y aprendiz en la partería tradicional
Erika Jocelyn González Espino, partera en la tradición
Esther García Garrido, médico tradicional, Nepantlaquicayotl Ollin Iquiti
Elodia García Romero, partera tradicional
Argelia "Lita" Loredo Terreros, partera en la tradición en formación
María de los Ángeles Martínez Serafín, partera en la tradición en formación
Dora Lucía Méndez Alfonso, partera tradicional
Sofía Ortega Carvajal, Grupo de parteras tradicionales de Morelos
Isabel Monserrat Rojas González, partera tradicional
Sakil Nichim Antsetik A.C.
Asamblea Nacional Política de Mujeres Indígenas-ANPMI
Red Nacional de Abogadas Indígenas-RAI
Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas-CONAMI, ECMIA México
Global Pediatric Alliance-GPA
Formación y Capacitación-FOCAA.C.
Kinal Antzetik Distrito Federal A.C.
G. Alejandrina Cabrera Muñoz, profesora de la Escuela Superior de Medicina del IPN
Fanny Escobar Melo, Grupo de Investigación en Salud de la UACM.
Amparo Sevilla, investigadora Instituto Nacional de Antropología e Historia, INAH
David M. Meléndez Navarro, Comité Promotor por una Maternidad Segura en México-CPMS
Jocelyn Leyva, doctoranda Antropología, Escuela de Estudios Superiores de Ciencias Sociales

Correo de contacto: nadetradicional2019@gmail.com

Agenda Nacional
de Partería Tradicional

3

Anexo 4. Formato Certificado de Nacimiento



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Marzo 2015
FOLIO
00000000

1. NOMBRE
 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP) _____ Se ignora 99
 Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

2. LUGAR DE NACIMIENTO
 2.1 Municipio o delegación _____ 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) _____

3. FECHA DE NACIMIENTO
 Día _____ Mes _____ Año _____
4. EDAD
 Años _____
 5.1 ¿Se considera indígena? SI 1 No 2 Se ignora 9
 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? SI 1 No 2 Se ignora 9
 5.3 ¿Cuál lengua indígena habla? _____

6. ESTADO CONYUGAL
 En unión libre 15 Separada 16 Divorciada 13 Viuda 14 Soltera 12 Casada 11 Se ignora 99

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELEFONO
 7.1 Tipo de vialidad _____ 7.2 Nombre de la vialidad _____ 7.3 Núm. Exterior _____ 7.4 Núm. Interior _____
 7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 7.7 Código Postal _____
 7.8 Localidad _____ 7.9 Municipio o delegación _____ 7.10 Entidad federativa _____ 7.11 Teléfono _____

8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) _____
 9.1 Nacidos Muertos (as) _____ Se ignora 99
 9.2 Nacidos Vivos (as) _____ Se ignora 99
 9.3 Sobrevivientes _____ Se ignora 99

10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO
 Vno (a) 1 Muerto (a) 2 No ha tenido otros hijos (as) 3
 10.1 Vive aún SI 1 No 2 Se ignora 99
 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) _____ Se ignora 99

12. ATENCIÓN PRENATAL
 12.1 ¿Recibió atención? SI 1 No 2 Se ignora 9
 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: Primero 1 Segundo 2 Tercero 3 Se ignora 9
 12.3 Total de consultas recibidas _____ Se ignora 99

13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? SI 1 No 2
 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
 Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8
 IMSS 2 SEMAR 6 IMSS Prospera 10 Se ignora 99
 14.1 Número de seguridad social o afiliación _____

15. ESCOLARIDAD
 Ninguna 1 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7
 Profesional 8 Postgrado 10 Se ignora 99
 15.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

16. OCUPACION HABITUAL _____ Se ignora 99
 16.1 Trabaja actualmente SI 1 No 2 Se ignora 9

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO
 Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____
18. SEXO Hombre 1 Mujer 2
19. EDAD GESTACIONAL _____ Semanas _____

20. TALLA _____ Centímetros _____
21. PESO AL NACER _____ Gramos _____
22.1 APGAR (A los 5 minutos) _____
22.2 SILVERMAN (A los 5 minutos) _____
23. TAMIZ AUDITIVO SI 1 No 2

24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
 24.1 BCG SI 1 No 2 24.2 Hepatitis B SI 1 No 2 24.3 (A) SI 1 No 2 24.4 (K) SI 1 No 2
 Vitaminas _____

25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
 Único 1 Gemelar 2 Trés o más 3

26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO
 a) _____
 b) _____
 CÓDIGO CIE _____
 Uso exclusivo del personal certificador

27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO
 Eutócico 1 Distócico 2 ¿Se usaron fórceps? SI 1 No 2 Cesárea 2 Otro 8 Especifique: _____

28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
 Secretaría de Salud 1 ISSSTE 4 SEDENA 5 IMSS 2 Otra unidad pública 8
 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 10
 28.1 Nombre de la unidad médica _____
 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
 Via pública 11 Hogar 12 Otro lugar 13

29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO
 Médico 1 Gineco-obstetra 11 Otro especialista* 12 Residente 13 General 14 MPSS 15 MIP 16
 Enfermera 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* 3 Partera 4 Otro* 8 *Especifique: _____

30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
 30.1 Tipo de vialidad _____ 30.2 Nombre de la vialidad _____ 30.3 Núm. Exterior _____ 30.4 Núm. Interior _____
 30.5 Tipo de asentamiento humano _____ 30.6 Nombre del asentamiento humano _____ 30.7 Código Postal _____
 30.8 Localidad _____ 30.9 Municipio o delegación _____ 30.10 Entidad federativa _____

31. NOMBRE
 Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

32. CERTIFICADO POR
 Médico 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* 4 Partera 5 Autoridad civil* 6
 Médico pediatra 1 Gineco-obstetra 2 Otro médico* 3 Enfermera 3 *Especifique _____

33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____
 Número de cédula profesional _____
34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA
 34.1 Nombre de la unidad médica _____ 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____

35. DOMICILIO Y TELÉFONO
 35.1 Tipo de vialidad _____ 35.2 Nombre de la vialidad _____ 35.3 Núm. Exterior _____ 35.4 Núm. Interior _____
 35.5 Tipo de asentamiento humano _____ 35.6 Nombre del asentamiento humano _____ 35.7 Código Postal _____
 35.8 Localidad _____ 35.9 Municipio o delegación _____ 35.10 Entidad federativa _____ 35.11 Teléfono _____

36. FIRMA _____
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN
 Día _____ Mes _____ Año _____

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE


FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

ENTREGAR A LA MADRE PARA EL TRÁMITE DEL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL

SE RECOMIENDA RECHERIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 30 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



* 0 0 0 0 0 0 0 0 *

Fuente: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/certificados-de-hechos-vitales?state=published>

Anexo 5. Formato Registro de Atenciones Parteras



SIS 2014



SECRETARÍA DE SALUD

FECHA _____




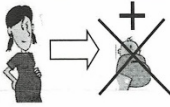





COMUNIDAD _____

PROMOTOR _____

FECHA _____

CAPACITADA Sí NO

POSADA NACIMIENTO Sí NO

 MUJER EMBARAZADA		
 PARTO NORMAL		
 PARTO VERTICAL		
 ABORTO		
 NIÑA VIVA		
 NIÑO VIVO		
 NIÑA MUERTA		
 NIÑO MUERTO		
 MUERTE MATERNA		

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está abierto a las personas físicas y jurídicas, con o sin fines de lucro. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en el Distrito Federal, será sancionado de acuerdo con la ley sobre la autoridad del Poder Judicial de la Federación. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en los Estados Unidos Mexicanos, será sancionado de acuerdo con la ley sobre la autoridad del Poder Judicial de la Federación.



SIS-SS-VES-3

salud.df.gob.mx



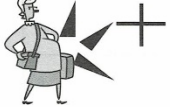

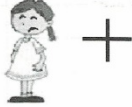
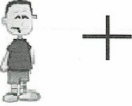


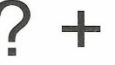
df.gob.mx



SECRETARÍA DE SALUD



SIS 2014

 PUERPERIO NORMAL		
 MUERTE NEONATAL		
 EMBARAZO CON COMPLICACIONES		
 PARTO COMPLICADO		
 NIÑA CON COMPLICACIONES		
 NIÑO CON COMPLICACIONES		
 PUERPERIO COMPLICADO		
 COMPLICACIÓN POR TÉTANOS		
 OTROS		

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa como fin de lucro o para fines que violen el ordenamiento jurídico. Toda solicitud de este programa en el Estado de México, será sancionada de acuerdo con la Ley contra la corrupción.



SIS-SS-VES-3

salud.df.gob.mx

www.df.gob.mx

df.gob.mx

Anexo 6. Dictamen Comisión de Ética



COMISIONES DE INVESTIGACIÓN Y DE ÉTICA

OFICIO NO. FMED/CI/RGG/119/2019

ASUNTO: Dictamen Proyecto FM/DI/033/2019

Dr. Roberto Campos Navarro
Profesor Titular "A" T.C.
Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina
Presente.

Estimado doctor Campos Navarro:

Me complace informarle que su proyecto **FM/DI/033/2019** de título "**Permanencia y transformación del ejercicio y uso de la partería tradicional en la Ciudad de México**" ha sido revisado y **APROBADO** por las Comisiones de Investigación y de Ética en su sesión ordinaria de fecha **03 de septiembre de 2019**, con una vigencia de 3 años a partir de la fecha de la sesión.

Deberá ejecutar el proyecto de acuerdo a lo especificado en el protocolo, tanto en los aspectos metodológicos como en los aspectos éticos y notificar cualquier modificación o enmienda al mismo. Por otro lado para conocer el seguimiento de esta investigación, es necesario que entregue un informe anual en la División de Investigación de esta Facultad, tomando en cuenta esta fecha de elaboración del dictamen. Asimismo le solicitamos nos envíe una copia del o los artículos y/o copia de la carátula y resumen de las tesis que pudieran generarse relacionadas con el proyecto.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, Cd. Mx., a 03 de septiembre de 2019.

LA SECRETARIA TÉCNICA


DRA. ROSALINDA GUEVARA GUZMÁN


RGG/EF


La Universidad
de la Nación

Anexo 7. Información Sobre Consentimiento Informado

Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud
Ciencias Sociomédicas
Antropología en Salud

Información Consentimiento Informado

Proyecto de investigación: *Permanencia y transformación del ejercicio y uso de la partería tradicional en la Ciudad de México.*

Investigador responsable: Dr. Roberto Campos Navarro

Investigación llevada a cabo por: Cynthia Marilui Martínez Villarruel, estudiante de doctorado en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Campo del Conocimiento de las Ciencias Sociomédicas, Campo Disciplinar: Antropología en Salud.

Objetivo:

El objetivo de la investigación es conocer, describir y analizar la persistencia y transformación de la partería tradicional urbana, así como los obstáculos a los que se enfrenta para su ejercicio y uso, además de la importancia actual para el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y la atención al recién nacido. A través de la experiencia de las parteras, las mujeres y los médicos, derivada de la relación entre los tres.

Participantes:

Las principales participantes en este proyecto son las parteras tradicionales urbanas, las mujeres que ya han pasado por el embarazo, parto, puerperio y han sido atendidas por las especialistas tradicionales en al menos una de las etapas antes mencionadas. Se pretende entrevistar a mujeres pertenecientes a diferentes grupos de edades y de la misma familia, de esta forma se podrá obtener información acerca de la transformación del uso de la partería.

Asimismo, se realizarán entrevistas al personal de salud que labora en las jurisdicciones y clínicas de salud en el área en donde hay parteras (San Francisco Culhuacán, Coyoacán; San Antonio Tecómitl y Villa Milpa Alta, Milpa Alta).

Procedimiento para las entrevistas:

Se realizarán entrevistas a profundidad a las parteras, éstas serán organizadas en varias sesiones y previamente agendadas según la posibilidad de las entrevistadas. Se realizarán preguntas respecto a la historia de vida, iniciación y formación como partera, procedimientos terapéuticos en las diferentes

etapas del ciclo reproductivo, relación con las instituciones y personal de salud, proceso de capacitación y certificación, perspectivas sobre la importancia actual de la partería, entre otras que vayan surgiendo con el desarrollo de las entrevistas.

En el caso de las mujeres, de igual manera se concertarán varias citas para realizar entrevistas a profundidad, se les harán preguntas concernientes a la forma en la que son atendidas en diferentes ámbitos (familiar, médico y parteras), así como en las diferentes etapas del proceso reproductivo (desde la confirmación del embarazo, parto, hasta finalizar el puerperio), las ventajas y desventajas que observan en cada una de las formas de atención, los motivos que les llevan a tomar la decisión de con quién serán atendidas, se realizarán preguntas sobre su vida cotidiana además de valorar las contribuciones que las mujeres quieran realizar sobre su experiencia en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Para el caso de los médicos y enfermeras se concertará una cita, en dicha entrevista se buscará información acerca de la relación con las parteras tradicionales de la zona, los cursos de capacitación y certificación, así como los padecimientos que aquejan a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y la forma en la que atienden a las mujeres durante el proceso reproductivo.

Si usted está de acuerdo las entrevistas serán audio-grabadas, aclarándole que en cualquier momento puede pedir que se deje de grabar, para lo cual continuará la entrevista sólo tomando notas. Así como también puede detener la entrevista en cualquier momento y solicitar que la totalidad o algunos de los datos obtenidos no sean utilizados.

Observación participante:

Se realizará observación participante, es decir en varias ocasiones asistiré a su domicilio para observar su cotidianidad, la terapéutica utilizada, los motivos por los que asisten las mujeres a solicitar la atención de las parteras. Por otro lado, de ser posible se realizará observación en los centros de salud y jurisdicciones, sobre todo durante los cursos de capacitación o reuniones de parteras.

Beneficios:

No hay beneficios directos, pero con su participación y experiencias contribuirá a responder algunas de las preguntas sobre la partería tradicional urbana, su importancia y papel actual para la salud sexual y reproductiva, y del cuidado de los infantes. Con la finalidad de aportar a las investigaciones que se han realizado sobre partería y salud materna, este último, tema de preocupación a nivel mundial.

Riesgos:

No existe riesgo potencial derivado de su participación.

Protección de información personal:

Los datos recabados en la investigación serán confidenciales, solo la estudiante que está llevando a cabo la investigación tendrá acceso a ellos y quedarán bajo su resguardo. La información de entrevistas será identificada por medio de códigos. En el texto final (tesis y artículos de divulgación) no se usarán los nombres reales de las personas que participaron en la investigación (a menos que los participantes decidan y soliciten lo contrario).

Pago o compensación:

No recibirá compensación económica, al final de la investigación podrá tener acceso a la información recabada y los resultados obtenidos.

Datos de contacto:

Para cualquier duda, aclaración o comentario deberá comunicarse con:

Dr. Roberto Campos Navarro. Correo electrónico: rcampos@unam.mx

Mtra. Cynthia Marilui Martínez Villarruel. Correo electrónico: mariluimvillarruel@gmail.com

Anexo 8. Carta de Consentimiento Informado

Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud
Ciencias Sociomédicas
Antropología en Salud

Carta de Consentimiento Informado

Ha sido invitado a participar en la investigación *Permanencia y transformación del ejercicio y uso de la partería tradicional en la Ciudad de México*. Esta investigación tiene como responsable al **Dr. Roberto Campos Navarro** y será llevada a cabo por la estudiante **Cynthia Marilui Martínez Villarruel**. El estudio tiene como objetivo describir y analizar la persistencia y transformación de la partería tradicional urbana, y su importancia actual para el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y la atención al recién nacido.

Es importante señalar que su participación es voluntaria, así que en cualquier momento puede retirarse de la investigación, sin temor a alguna repercusión. Su participación es totalmente confidencial y con fines de investigación, así como su identidad será protegida mediante el uso de códigos y seudónimos en el manejo, análisis e interpretación de los datos.

Usted puede recibir los resultados del presente estudio solicitándolos a la estudiante, así como también tiene derecho a aclarar cualquier duda antes de iniciar la investigación y durante el desarrollo de la misma.

En caso que desee retirarse de la investigación, puede solicitar la destrucción de la carta de consentimiento, así como sus datos e información registrada.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con: Dr. Roberto Campos Navarro
Mtra. Cynthia Marilui Martínez Villarruel

Seudónimo seleccionado: _____

Participante

Nombre

Firma

Testigo

Nombre

Firma

Fecha:

Lugar:

Estudiante

Nombre

Firma

Anexo 9. Guía de Entrevista a Parteras

- 1- Datos generales
 - Nombre
 - Edad
 - Lugar de origen
 - Lugar de residencia
 - Estado civil
 - Escolaridad
 - Otras ocupaciones además de la partería
- 2- Trayectoria en la partería
 - Partería
 - Cómo define partera tradicional
 - Iniciación como partera (cómo y desde cuándo)
 - Aprendizaje de partería (sola, otras parteras, biomédicos)
 - Primer parto atendido
 - Aproximadamente número de partos atendidos
 - Último parto atendido
- 3- Atención de la partería y el cuidado infantil
 - Embarazo
 - ¿Qué es el embarazo?
 - Cuidados durante el embarazo
 - Padecimientos y complicaciones durante el embarazo ¿Cuáles puede atender? ¿Cómo lo hace? ¿En qué casos las mujeres deben ser referidas al médico?
 - Prevención
 - A partir de qué momento deben acudir las mujeres
 - Descripción de la atención durante el embarazo, desde la primera vez que llega una mujer, hasta el momento antes del parto
 - Cambios que ha realizado en la atención en el embarazo
 - A partir de cuándo y por qué se han hecho cambios ¿Cómo los considera?
 - Uso de herbolaria y otros remedios
 - Instrumentos que usa para la atención
 - Parto
 - ¿Qué es el parto?
 - Cuidados durante el parto
 - Complicaciones ¿En qué casos las mujeres deben ser referidas al médico?
 - Prevención de complicaciones
 - Solución a las complicaciones
 - Momento en que deben acudir las mujeres
 - ¿Cómo atienden el parto? (Descripción)
 - Instrumentos que usan
 - Uso de herbolaria y otros remedios
 - Atención inmediata después del parto
 - Cambios que ha realizado en la atención del parto
 - A partir de cuándo y por qué se han hecho cambios ¿Cómo los considera?

- Puerperio
 - ¿Qué es el puerperio?
 - Cuidados durante el puerperio
 - Padecimientos y complicaciones durante el puerperio ¿En qué casos las mujeres deben ser referidas al médico?
 - Prevención
 - ¿Qué atenciones brindan durante el puerperio?
 - Cambios que ha realizado en la atención del puerperio
 - A partir de cuándo y por qué se han hecho cambios ¿Cómo los considera?
 - Atención infantil
 - Descripción de la atención de los recién nacidos inmediatamente después del parto
 - Padecimientos de los niños durante los primeros años de vida
 - ¿Cómo se previenen?
 - ¿Cuáles puede atender?
 - ¿Cómo los atiende?
 - Otras atenciones
- 4- Relación partera-biomedicina
- Cursos de capacitación y certificación
 - Cuándo y en dónde asistió al primer curso de capacitación, cómo se enteró
 - Número aproximado de cursos de capacitación a los que ha asistido
 - Cuándo asistió y en dónde al último curso de capacitación
 - Descripción de los cursos de capacitación
 - Beneficios de la capacitación
 - Cuándo y en dónde asistió al proceso de certificación a parteras tradicionales
 - Cuántos procesos de certificación y re-certificación ha realizado, cuándo fue el último
 - Descripción del proceso de certificación (en qué consiste, en dónde)
 - Beneficios de ser partera certificada
 - Cómo se mantiene y pierde la certificación
 - En qué consiste la relación que mantienen con la jurisdicción (registro de consultas, nacimientos cursos, distribución de material necesario para la atención)
 - Facilidades y complicaciones de la relación con la jurisdicción
 - Relación con los médicos del centro de salud durante el e/p/p
 - Referencia y contra-referencia
 - Posibilidad de asistir a las consultas con las mujeres
 - Posibilidad de estar presente en el parto
 - Facilidades y complicaciones de la relación con los médicos del centro de salud
 - Relación con los médicos privados durante el e/p/p
 - Referencia y contra-referencia
 - Posibilidad de asistir a las consultas con las mujeres
 - Posibilidad de estar presente en el parto
 - Facilidades y complicaciones de la relación con los médicos privados

- Facilidades y complicaciones para la expedición de certificados de nacimiento y registro del recién nacido en partos atendidos por parteras
- 5- Partería tradicional a futuro
- Formación de nuevas parteras
 - Importancia de la partería
 - Retos de la partería
 - Prevención de la violencia obstétrica y disminución de cesáreas innecesarias

Anexo 10. Guía de Entrevista a Usuarias

- 1- Datos generales
 - Nombre
 - Edad
 - Lugar de origen
 - Lugar de residencia
 - Estado civil
 - Escolaridad
 - Ocupación/ocupación cónyuge
 - Derechohabiente (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, otros)
- 2- Antecedentes reproductivos
 - Número de embarazos
 - Edad primer embarazo
 - Edad último embarazo
 - Hijos nacidos vivos
 - Número de partos
 - Número de cesáreas
 - Partos en el hospital
 - Partos con partera
 - Parto en el hogar sin atención de partera o médico
- 3- Embarazo
 - ¿Qué es el embarazo (explicación de la concepción y proceso de gestación)?
 - ¿Qué significa el embarazo a nivel familiar, social, cultural?
 - Cuidados durante el embarazo
 - Padecimientos durante el embarazo
 - ¿Cómo y quiénes atienden esos padecimientos?
 - Autoatención durante el embarazo
 - Prevención
 - Padecimientos que se pueden atender en el ámbito doméstico
 - ¿Cómo son atendidos (descripción)?
 - Atención con parteras durante el embarazo
 - Desde cuándo comienzan a acudir
 - Prevención
 - Padecimientos que pueden ser atendidos por la partera
 - ¿Cómo lo atienden (descripción)?
 - Atención con médico durante el embarazo
 - Desde cuando comienzan a acudir
 - Prevención
 - Padecimientos que pueden ser atendidos por médico
 - ¿Cómo lo atienden?
 - Experiencia (personal y de otras mujeres) en cada una de las formas de atención durante el embarazo
 - Descripción de cómo fue la atención con cada especialista

- ¿Cómo la considera y por qué?
- ¿Cómo se siente con cada uno de los especialistas por qué?
- Preferencia por algún tipo de atención ¿Por qué?

4- Parto

- ¿Qué significa el parto a nivel familiar, social, cultural?
- Cuidados durante el parto
- Complicaciones durante el parto
- Solución a las complicaciones
- Atención con parteras en el parto
 - Momento en el que acuden
 - Prevención de complicaciones
 - ¿Cómo lo atienden (descripción)?
- Atención con médico en el parto
 - Momento en el que acuden
 - Prevención de complicaciones
 - ¿Cómo lo atienden?
- Experiencia (personal y de otras mujeres) en cada una de las formas de atención durante el parto
 - Descripción de cómo fue la atención con cada uno de los especialistas
 - ¿Cómo la considera y por qué?
 - ¿Cómo se siente con cada uno de los especialistas por qué?
 - Preferencia por algún tipo de atención ¿Por qué?
- Devolución de la placenta
 - Tienen posibilidades de que se les devuelva la placenta (hospitales, partera)
 - Significado de la placenta y cambios según el grupo de edad
 - Tratamiento que se le da a la placenta y por qué

5- Puerperio

- ¿Qué es el puerperio?
- ¿Qué significa el puerperio a nivel familiar, social, cultural?
- Cuidados durante el puerperio
- Padecimientos durante el puerperio
- ¿Cómo y quiénes atienden esos padecimientos?
- Autoatención durante el puerperio
 - Prevención
 - Padecimientos que se pueden atender en el ámbito doméstico
 - ¿Cómo son atendidos (descripción)?
- Atención con parteras durante el puerperio
 - Prevención
 - Padecimientos que pueden ser atendidos por la partera
 - ¿Cómo lo atienden (descripción)?
- Atención con médico durante el puerperio
 - Prevención
 - Padecimientos que pueden ser atendidos por médico
 - ¿Cómo lo atienden?
- Experiencia (personal y de otras mujeres) en cada una de las formas de atención durante el puerperio

- Descripción de cómo fue la atención con cada uno de los especialistas
 - ¿Cómo la considera y por qué?
 - ¿Cómo se siente con cada uno de los especialistas por qué?
 - Preferencia por algún tipo de atención ¿Por qué?
- 6- Percepción del e/p/p y atención
- Qué se dice sobre el e/p/p y la forma de atención entre tres grupos de edad (adultos mayores, adultos y jóvenes) dentro de la misma familia.
 - Cambios en la forma de atención (diferencias que observa en la atención)
 - ¿Cómo considera estos cambios? ¿Por qué?
 - Violencia obstétrica- En algunos de las etapas del ciclo reproductivo se ha sentido maltratada o violentada, ya sea de forma verbal, física y/o psicológica, por cualquiera de los especialistas (médicos, enfermeras, camilleros, parteras)
 - Descripción de la situación
- 7- Lugares de atención biomedicina
- Lugar en donde asiste a consulta y atención al parto (hospital, centro de salud, privado, entre otros)
- 8- Cuidados infantiles con partera
- ¿Cómo atiende la partera a los niños inmediatamente después del parto?
 - ¿Qué padecimientos aquejan a los niños los primeros años de vida?
 - ¿Cuáles de ellos pueden ser atendidos por una partera?
 - ¿Cómo se previenen?
 - ¿Cómo se atienden?
- 9- Programas de gobierno
- Desde cuándo cuenta con Seguro Popular
 - Vinculación con la salud materna
 - Planificación familiar
 - Consultas prenatales
 - Atención del parto
 - Atención del puerperio
 - Consulta neo-natal/pediátrica
- Conocimiento de otros programas para la salud materna

Índice de Tablas e Imágenes

Tabla 1. Número de Parteras en la Cd. Mx. Según Personal de la Jurisdicción Iztapalapa.....	93
Tabla 2. Número de Nacimientos Atendidos por Partera	94
Imagen 1. Vista de San Francisco Culhuacán	95
Imagen 2. Vista de San Antonio Tecómitl	96
Imagen 3. Vista de Villa Milpa Alta	97
Imagen 4. Ubicación de los Lugares en donde Habitan las Parteras Entrevistadas	97
Imagen 5. Encuentro de Parteras.....	98
Imagen 6. Curso Propedéutico de Partera Tradicional Mexicana	149
Imagen 7. Curso Propedéutico de Partera Tradicional Mexicana	150
Imagen 8. Presentación del Directorio de Médicos y Médicas Tradicionales de la Cd. Mx.	151
Imagen 9. Feria de Salud San Gregorio Atlapulco, Xochimilco	153

Bibliografía

- Aguirre Rodríguez, L.M. (2011). *Construcción de la Experiencia Social y la Identidad en Maestros y Maestras de Educación Secundaria en Morelos* [Tesis de Doctorado]. FLACSO.
- Alarcón Lavín, R. et.al. (2021). *Las parterías tradicionales en América Latina: cambios y continuidades ante un etnocidio programado*. Editorial Luscinia C.E.
<https://air.uniud.it/retrieve/handle/11390/1207655/543270/Parteri%CC%81as%20tradicionales%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.%20Cambios%20y%20continuidades%20antes%20un%20etnocidio%20programado.pdf?fbclid=IwAR2DZnL5GiVKayKiAjDuxNLmTnuWlqzwno4KJgpH1FpDpoi2DhJdJtZQOyc>
- Álvarez Romo, D. (2012). *El don de la vida. Iniciación de una mujer partera, curandera y claclasqui en las faldas del volcán Popocatepetl* [Tesis de Licenciatura]. ENAH.
- Anzures y Bolaños, M.C. (1986). La medicina tradicional en la ciudad. En X. Lozoya y C. Zolla (Eds.), *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional en México* (pp. 91-103). Folios Ediciones.
- Araya, M.J. (2011). *Parteras Indígenas. Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*. Quito, Abya Yala.
- Argüello-Avendaño, H.E. (2010). *Imaginario y cotidianidad*. Representaciones sociales y prácticas del personal de salud y usuarias obstétricas en un hospital público de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. En M.L. Esteban, J.M. Comelles, J.M. y C. Díez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 233-254). Bellaterra.
- Argüello-Avendaño, H.E. y Mateo-González, A. (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*, XII (2), 13-29.
- Barragán Solís, A. (2005). La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética. *Cuicuilco*, 12 (33), pp.61-78.
- Bartolache, J.I. (1993). Avisos acerca del mal histérico, que llaman latido, miércoles 25 de noviembre de 1772. *Mercurio Volante (1772-1773)* (Biblioteca del Estudiante Universitario N° 101, tercera edición, edición e introducción de Moreno R) (pp. 55-64). UNAM.
- Berrio Palomo, L.R. (2023). Un tiempo de excepción y el retorno al viejo orden. El papel de las parteras tradicionales en la atención materna durante la pandemia por COVID-19. *Ichan Tecolotl*. Año 34 (374).
<https://ichan.ciesas.edu.mx/un-tiempo-de-excepcion-y-el-retorno-al-viejo-orden-el-papel-de-las-parteras-tradicionales-en-la-atencion-materna-durante-la-pandemia-por-covid-19/>
- Cámara de Diputados (2010). *Legislación y derechos indígenas en México*.
https://site.inali.gob.mx/pdf/Legislacion_Derechos_Indigenas_Mexico.pdf
- Campiglia Calveiro, M. (2017). *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto* [Tesis de Doctorado]. CIESAS.
- Campos-Navarro, R. (2015). *Nadie nos puede arrebatar nuestro conocimiento... Proceso de legalización de las medicinas indígenas tradicionales en México y Bolivia*. UNAM-PUIC.
- _____. (1990). "Nosotros los curanderos...". *Aproximación antropológica al curanderismo contemporáneo en la Ciudad de México* [Tesis de Maestría]. ENAH.

- Campos-Navarro, R. *et al.* (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud colectiva*. 13(3), 443-455.
- Carrera, C. (2017). La elección de una atención humanizada en tiempos de violencia durante el parto en la Ciudad de México. En G. Freyermuth (coord.), *La partería en México desde el punto de vista de las usuarias*. <https://omm.org.mx/parteria/investigaciones/la-parteria-en-mexico-desde-el-punto-de-vista-de-las-usuarias/>
- Carrillo Farga, A.M. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustradam*. 19, 167-190.
- _____. (1988). *Parirás con alegría... Un estudio sobre la persistencia de las parteras tradicionales en México* [Tesis de Licenciatura]. UNAM.
- Colegio de Etnólogos y Antropólogos Sociales (2014). *Código de ética*. <https://ceasmexico.wordpress.com/ceas/codigo-de-etica/>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) (12 de mayo, 2018). *Reconoce CNDH valor de la partería tradicional y demanda su regulación jurídica para que pueda practicarse en favor de la vida y promoción de la salud materno infantil*. [Comunicado de prensa]. http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Comunicados/2018/Com_2018_130.pdf
- _____. (31 de julio, 2017) (2017a). *Recomendación general No. 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*. [Recomendación general]. http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral_031.pdf
- _____. (19 de mayo, 2017) (2017b). *Reconoce CNDH el valor de la partería tradicional, y llama al Estado mexicano a valorar el conocimiento tradicional de pueblos y comunidades indígenas y el derecho de las mujeres sobre su cuerpo*. [Comunicado de prensa]. http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Comunicados/2017/Com_2017_158.pdf
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2003). *Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*. CDI.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*. 18, 209-232.
- Cordero Camp, L. (2010). La iniciación y el don de las parteras totonacas de Huehuetla, Sierra Norte de Puebla. En A. Fagetti, (Coord.), *Iniciaciones, trances, sueños... investigaciones sobre el chamanismo en México* (pp.149-168). Plaza y Véldez; BUAP.
- Dávalos, M. (1998). Párrocos y médicos en torno a las parturientas: un siglo en contra de las comadronas. *Dimensión Antropológica*. Año 5, Vol.13, 31-43.
- Diario Oficial de la Federación de México (2018, 27 de agosto). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- _____. (2016, 1 de junio). *Ley general de salud*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- _____. (2016, 7 de abril). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5950/salud12_C/salud12_C.html
- _____. (2014, 4 de diciembre). *Ley General de Niñas, Niños y Adolescentes*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/837243/LGDNNA_26_05_23.pdf

- _____ (2012, 30 de noviembre). *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012#gsc.tab=0
- _____ (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=761184&fecha=21/09/2001#gsc.tab=0
- _____ (1986, 14 de mayo). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4793525&fecha=14/05/1986#gsc.tab=0
- _____ (1976, 25 de octubre). *Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4852649&fecha=25/10/1976&print=true
- Dietiker Amsler, M. (1998). *La construcción de la identidad genérica de parteras del Distrito Federal* [Tesis de Maestría]. ENAH.
- Dubet, F. (2010). *Sociología de la experiencia*. Editorial Complutense.
- Escobar Melo, F. (2020). Las prácticas curativas en Milpa Alta. De los nahuatoton y especialistas rituales a las prácticas de la medicina tradicional y alternativa. En S. Pérez Ramírez (Ed.), *Enfermedades y prácticas curativas en la medicina tradicional* (pp. 185-208). El Colegio de Michoacán.
- Fagetti, A. (2008). *Saber, experiencias y vivencias de las parteras tradicionales en el estado de Puebla*. Gobierno del Estado de Puebla; Secretaría de Salud.
- _____ (2003). *Los que saben. Testimonios de vida de médicos tradicionales de la región de Tehuacán*. ICSYH-BUAP; CDI.
- Fagetti, A. y Martínez Villarruel, C.M. (2020). Hacia la desaparición de los saberes ancestrales y políticas de salud intercultural. Parteras nahuas y totonacas de la Sierra Norte de Puebla. En S. Pérez Ramírez, (Ed.), *Enfermedades y prácticas curativas en la medicina tradicional* (PP. 233-266). El Colegio de Michoacán.
- Flores y Troncoso, F. de A. (1982). *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta la presente*. Tomo III, edición facsimilar con una advertencia de Juan Somolinos Palencia, 2ª edición (1ª edición en México, 1888). IMSS.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2011). *El estado de las parteras en el mundo 2011. Cuidar la salud, salvar vidas*. UNFPA. <https://www.unfpa.org/es/publications/el-estado-de-las-parteras-en-el-mundo-2011>
- _____ (2004). *Mortalidad materna-actualización 2004. El parto en buenas manos*. UNFPA. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mmupdate05_spa.pdf
- Freyermuth, G. (coord.) (2018). *Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. CIESAS.
- _____ (coord.) (2017). *La partería en México desde el punto de vista de las usuarias*. <https://omm.org.mx/parteria/investigaciones/la-parteria-en-mexico-desde-el-punto-de-vista-de-las-usuarias/>
- Freyermuth, G. y Sesia, P. (2006). Del curanderismo a la gripe aviar: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Desacatos. Revista de Antropología Social*. Enero-abril, 9-28.
- Gaceta Oficial de la Ciudad de México (2019, 20 de diciembre). *Ley de derechos de los pueblos y barrios originarios y comunidades residentes en la Ciudad de México*. https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/leyes/LEY_DERECHOS_DE_PUEBLO

[S Y BARRIOS ORIGINARIOS Y COMUNIDADES INDIGENAS RESIDENTES EN LA CDMX 2.4.pdf](#)

- _____ (2017, 11 de julio). *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del Distrito Federal*. <http://www.aldf.gob.mx/archivo-7e0d94b7963be999b1f2df97ba927fc3.pdf>
- _____ (2017, 5 de febrero). *Constitución Política de la Ciudad de México*. https://www.infocdmx.org.mx/documentospdf/constitucion_cdmx/Constitucion_%20Politica_CDMX.pdf
- Gaceta Oficial del Distrito Federal (2009, 17 de septiembre). *Ley de Salud del Distrito Federal*. <https://docs.mexico.justia.com/estatales/distrito-federal/ley-de-salud-del-distrito-federal.pdf>
- García Vega, V.S. (2018). *Las parteras de la Nueva España. Conocimiento y práctica de un saber curativo a través de los documentos virreinales del Real Tribunal del Protomedicato y el Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición* [Tesis de Maestría]. UNAM.
- Garibay Kintana, A. M. (1996). Introducción. En *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis* (manuscrito azteca de 1552, versión española con estudios y comentarios por diversos autores, 1ª reimpresión 1ª edición IMSS, 1964; 2ª edición FCE, 1991) (pp. 1-8). Fondo de Cultura Económica-IMSS.
- Garrido Aranda, A. (2013). *Moriscos e indios. Precedentes hispánicos de la evangelización en México*. Instituto de Investigaciones Antropológicas-Instituto de Investigaciones Históricas-UNAM.
- Giraldo Aristizábal, J.M. (2014). *¿Pluralismo o colonialidad médica? Un estudio alrededor del cáncer en diferentes sistemas médicos colombianos* [Monografía de grado]. Escuela de Ciencias Humanas- Programa de Antropología, Universidad del Rosario.
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos (2001). *Plan Nacional de Desarrollo*. <http://planeacion.uaemex.mx/InfBasCon/PlanNacionaldeDesarrollo2000-2006.pdf>
- Gómez García, I. (2017). *Echar valor. Parteras tradicionales en el contexto biomédico del sector salud* [Tesis de Maestría]. UNAM.
- Gómez Rugerio, T.P. (2019). *Investigación y elaboración del libro Relatos de parteras tradicionales de la Ciudad de México* [Informe académico por actividad profesional]. UNAM.
- _____ (2017). *Relatos de parteras tradicionales de la Ciudad de México*. Ed. Independiente.
- Good, B.J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Bellaterra.
- Greenleaf, R. E. (2017). *Zumárraga y la Inquisición mexicana, 1536-1543*. Fondo de Cultura Económica.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2015). *Violencia Obstétrica. Un Enfoque de Derechos Humanos*. GIRE.
- Güémez Pineda, M. (s.f.). *De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar*. México, Universidad Autónoma de Yucatán/Centro de Investigaciones. <http://www.mayas.uady.mx/articulos/comadronaspromotoras.html>
- Iciek, A. (2008). ¡Qué bonito trabajo! ‘suerte’, obligación, satisfacción y respeto en el trabajo de la partera. En P. Gallardo Arias (Coord.), *Curanderos y medicina tradicional en la huasteca* (pp.175-208). México, Programa de Desarrollo Cultural de la Huasteca.
- Imaz, E. (2010). Entre ginecólogos y matronas. La relación con lo médico en la cotidianidad de la embarazada. En M.L. Esteban, J.M. Comelles y C. Díez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp.173-189). Bellaterra.

- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Salud Materno Infantil*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2014/#tabulados>
- Jiménez Sánchez, R.M. (2013). *Exclusión epistémica como injusticia social: el desplazamiento de las parteras mediante una política pública en Pilatero, San Luis Potosí* [Tesis de Licenciatura]. UNAM.
- Jiménez, S., Pelcastre, B. y Figueroa, J.G. (2008). Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación. *Revista Chilena Salud Pública*, 12(3), 161-168.
- Jodelet, D. (2011). Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco-Serie indagaciones*. (21), 133-154.
- _____. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales. Un espacio para el diálogo transdisciplinario*. 7(14), 32-63. <http://www.culturayrs.org.mx/index.php/CRS/article/view/535/542>
- _____. (2000). Presentación. Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En D. Jodelet, D. y A. Guerrero Tapia (Coord.), *Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales* (pp. 7-30). Facultad de Psicología-UNAM.
- Kelly, I. (1955). El adiestramiento de parteras en México desde el punto de vista antropológico. *América Indígena. Órgano trimestral del Instituto Indigenista Interamericano*, XV(2), 109-118.
- Kleinman, A. y Kleinman, J. (1991). Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, (15), 275-301.
- Lanning, J. T. (1997). *El Real Protomedicato. La reglamentación de la profesión médica en el Imperio español*. (Editado en inglés por John Jay TePaske, traducción por Miriam de los Ángeles Díaz Córdoba y José Luis Soberanes Fernández). Facultad de Medicina - Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.
- Larrosa, J. (2009). Experiencia y alteridad en educación. En C. Skliar C. y J. Larrosa (Comp.), *Experiencia y alteridad en educación* (pp. 13-44). Homo Sapiens Ediciones.
- Lasala, A. (2003). *Curarse en salud. Las medicinas como sistemas de transacciones* [Tesis doctoral]. Universitar Roivira I Virgili.
- Lerín, S. (2003). De madres y parteras: un acercamiento a los factores de riesgo en torno al embarazo, parto y puerperio en zonas de alta marginación en el estado de Oaxaca. En S. González Montes (Coord.), *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación* (pp. 38-41). Documentos de Trabajo N° 13, Sexualidad, salud y reproducción. El Colegio de México.
- León, N. (1910). *La obstetricia en México. Notas bibliográficas, étnicas, históricas, documentarias y críticas, de los orígenes históricos hasta el año 1910*. Tip. De la Vda. De F. Díaz de León, sucrs.
- López Austin, A. (2004). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. (2 tomos, segunda reimpresión, primera edición, 1980). Instituto de Investigaciones Antropológicas-UNAM.
- López Austin, A. y García Quintana J. (2002). Estudio introductorio. En B. de Sahagún, B. (fray). *Historia general de las cosas de la Nueva España* (pp.37-51). Tomo I. CONACULTA.

- Luengas Aguirre, M.I. (1999). La partera tradicional en la Sierra Norte de Puebla. *Tramas*. (14-15), 255-268.
- Martínez Hernández, G. (2022). “Obedézcase pero no se cumpla”: El fracaso como protomédico de Francisco Hernández en la ciudad de México. 1571-1574. *Andamios. Revista de Investigación Social*. 19(49), 417-440. DOI: <http://dx.doi.org/10.29092/uacm.v19i49.936>
- _____. (2018). ¿Protomédico o Protomedicato? Jerónimo de Herrera y la controversia en torno a la instauración del Tribunal del Protomedicato en la Nueva España. 1620-1622. *Historia mexicana*. 67(4), 1811-1872. DOI: <https://doi.org/10.24201/hm.v67i4.3570>
- _____. (2014). *La medicina en la Nueva España, siglos XVI y XVII. Consolidación de modelos institucionales y académicos*. Serie Historia Novohispana (93). Instituto de Investigaciones Históricas- Instituto de Investigaciones Sobre la Universidad y la Educación-UNAM.
- _____. (2010). *La medicina en la Nueva España. Siglos XVI y XVII*. Tomo II - Apéndice documental [Tesis de Doctorado]. Universidad de Salamanca, Facultad de Geografía e Historia, Departamento de Historia Medieval, Moderna y Contemporánea. DOI: <https://doi.org/10.14201/gredos.83189>
- Martínez Villarruel, C.M., (2016) *El oficio de partera y las políticas de salud intercultural. El caso de las parteras tonacas del Módulo de Medicina Tradicional en Huehuetla, Puebla* [Tesis de Maestría]. ICSYH-BUAP.
- _____. (2012) “*Levantamiento del niño*” *Cosmovisión y ritual en una comunidad tonaca de Papantla, Veracruz* [Tesis de Licenciatura]. ENAH.
- Mendoza González, Z. (2011). *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud-enfermedad-atención en San Juan Copala, Oaxaca*. PUMNM-UNAM.
- Menéndez, E. (2016). Cuestiones metodológicas sobre antropología e interculturalidad. En R. Campos (Coord.), *Antropología Médica e Interculturalidad* (pp. 1-12). Facultad de Medicina-UNAM; McGraw-Hill; Interamericana Editores.
- _____. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 8(1), 185-207.
- _____. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*. 4(7), 71-83.
- _____. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos (Comp.), *La antropología médica en México*. Instituto Mora; UAM.
- _____. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Colección Los Noventa; Alianza editorial mexicana; CONACULTA.
- Molina, A. de (fray) (2013). *Vocabulario en lengua castellana y mexicana y mexicana y castellana*. (estudio preliminar por Miguel León-Portilla, Biblioteca Porrúa núm. 44, 6ª edición, 1ª reimpresión, 1ª edición en México, 1555-1571; 1ª edición en Biblioteca Porrúa, México, 1970). Porrúa.
- Montes, M.J. (2010). Mujeres, reproducción y género. Encuentros asistenciales en el embarazo y parto. En M.L. Esteban, J.M. Comelles y C. Díez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 191-208). Bellaterra.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*. (2). DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n2.55>

- Morales Bautista, M.C. (1993). *Repercusión de la capacitación formal de las parteras tradicionales, en la atención del parto en Jacala y La Misión, en el estado de Hidalgo, México 1992* [Tesis de Licenciatura]. UNAM.
- Morales Sarabia, A. (2016). Medicina de mujeres en Cuatro libros de la naturaleza, de Francisco Ximénez (1615). En A. Morales Sarabia y M. Sánchez Menchero (Coords.), *Signa naturalia. Concepciones y prácticas en torno a la materia médica, la farmacia y la salud (siglos XVI-XX)* (pp. 23-50). CEIICH-UNAM.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Editorial Huelmul.
- Nájera Coronado, M.I. (2000). *El umbral hacia la vida. El nacimiento entre los mayas contemporáneos*. UNAM.
- Organización de las Naciones Unidas (2013). Los pueblos indígenas y el sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/fs9Rev.2_SP.pdf
- _____ (2007) Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar sus salud y bienestar*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
- _____ (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf
- _____ (2010). *Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70173/WHO_MPS_09.06_spa.pdf?sequence=1
- _____ (2007). *Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69885/WHO_RHR_07.7_spa.pdf?sequence=1
- _____ (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;jsessionid=7B1053E2F2BC7FF6E0A44FA029A91500?sequence=1
- _____ (2000). *Reducir los riesgos del embarazo. Informe de la Secretaría*. OMS. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB107/se26.pdf
- _____ (1993). *Parteras tradicionales: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38859/9243561502_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- _____ (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata*. OMS.
- _____ (1966). *Comité de Expertos de la OMS Sobre la Función de la Partera en la Asistencia a la Madre. Informe de un Comité de Expertos de la OMS*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38489>
- _____ (1955). *Acta resumida de la segunda sesión*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145375?locale-attribute=fr&>

- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) (s.f.). Iniciativa Salud de los pueblos indígenas. *Lineamientos estratégicos y Plan de Acción 2003-2007*. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/50%20EspPlan2003-2007.pdf>
- _____. (2013). *Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los Derechos Humanos*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3478/Salud%20Reproductiva%20y%20Maternidad%20saludable.%20Legislacion%20nacional%20de%20conformidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- _____. (2007). *La salud de los pueblos indígenas de las Américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-pueblos-indigenas-america-conceptos-estrategias-practicas-desafios-0>
- Ortega, J. (2010). *Género, generaciones y transacciones. Reproducción y sexualidad en Mayas de Yucatán*. El Colegio de Michoacán.
- Ortiz Monasterio, J. (2004). Agonía y muerte del Protomedicato de la Nueva España, 1831. La categoría socioprofesional de los médicos. *Historias. Revista de la Dirección de Estudios Históricos*. (57), 35-50.
- Osorio, R.M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. CIESAS; INI; INAH.
- Pardo-Tomás, José (2018). Tlatelolco, espacio de ciencia mestiza, 1521-1579. *CATHARUM, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades del Instituto de Estudios Hispánicos de Canarias*. (17), 89-97.
- Peña Sánchez, E.Y. y Hernández Albarrán, L. (2013). *Entre saberes ancestrales y conocimientos contemporáneos. Las representaciones y prácticas curativas en Suchitlán, Comala, Colima*. INAH.
- Pezzat Arzave, D. (2009). *Guía para la interpretación de vocablos en documentos novohispanos. Siglos XVI-XVIII*. ADABI.
- Quesada Díaz, A. y Ortega Díaz, A. (2011). El cornezuelo del centeno a lo largo de la historia: mitos y realidades. *Pasaje a la ciencia. Revista de divulgación científica del IES Antonio de Mendoza*. (14), 16-25.
- Ravelo Rodríguez, I.A. (2019). Partería novohispana y pensamiento ilustrado en el siglo XVIII. En G. Martínez Hernández (Coord.), *Medicina y sociedad: saberes, discursos y prácticas. Siglos XVI al XX* (pp. 77-131). IISUE-UNAM.
- _____. (2016). *Estudio historiográfico sobre el arte de las parteras en la Nueva España* [Tesis de Maestría]. UNAM.
- Rita, C. (1991). Concepción y Nacimiento. En I. Signorini, *Los huaves de San Mateo del Mar* (pp. 263-314). CONACULTA; INI.
- Rodríguez de Romo, A.C. (2007). La biomedicina en el México de la segunda mitad del siglo XIX. En C. Viesca Treviño (Ed.), *Historia de la medicina en México. Temas selectos* (pp. 221-230). Facultad de Medicina-UNAM.
- Rodríguez de Romo, A.C. y Rodríguez Pérez, M.E. (1998). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 5(2), 293-310. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701998000200002>
- Rosado Medina, A.C. (2012). *“La criminalización de un oficio. De la práctica a la reglamentación: la partería frente a los discursos médico, criminológico, penal y judicial, Ciudad de México, 1931-1945”* [Tesis de Licenciatura]. Instituto de Investigaciones “Dr. José María Luis Mora”.

- Roselló Soberón, E. (2018). El saber médico de las curanderas novohispanas: un nicho femenino dentro del pluralismo médico del imperio español. *Studia Historica: Historia Moderna*. 40(2),177-196. DOI: <https://doi.org/10.14201/shhmo2018402177196>
- Salazar Hernández, M. (2012). *Parteras y protestantismo: Una aproximación a Zongozotla, pueblo totonaco de la Sierra Norte de Puebla* [Tesis de Licenciatura]. ENAH.
- Sánchez Ramírez, G. & Laako, H. (ed.), (2018). *Parterías en Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. El Colegio de la Frontera Sur.
- Secretaría de Desarrollo Económico. (s.f.). *Principales Resultados del Censo Población y Vivienda 2020*. México, Gobierno de la Ciudad de México. <https://www.sedeco.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/resultados-del-censo-pob-y-viv-2020-1.pdf>
- Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes. (2020). *La medicina tradicional indígena en la Ciudad de México. Directorio de médicas y médicos tradicionales indígenas*. https://www.sepi.cdmx.gob.mx/medicina_tradicional_indigena_CDMX
- Secretaría de Salud. (s.f. a). *Encuentros de enriquecimiento mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29576/MetodologiaEEM.pdf>
- _____. (s.f. b). *Fortalecimiento de los servicios de salud en la atención de las mujeres indígenas con parteras tradicionales*. Secretaría de Salud. <https://drive.google.com/file/d/1bolxaCKMCezwaV6ERUpLdCffMIR6oUtZ/view>
- _____. (s.f. c). *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>
- _____. (2001). *Programa de acción: Salud y nutrición para los pueblos indígenas*. Secretaría de Salud.
- Senado de la República. (2023, marzo 14). Dictamen de las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos, Segunda, con Modificaciones a la Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se Reforman Diversas Disposiciones a la Ley General de Salud en Materia de Partería Tradicional. https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/2/2023-04-12-1/assets/documentos/Dict_Com_Salud_y_ELS_Parteria_Tradicional.pdf
- Serrano Pineda, N.I. (2022). *Experiencia del parto con parteras tradicionales mexicanas, una visión transdisciplinaria* [Tesis de Licenciatura]. UNAM.
- Sesia, P. y Berrio Palomo, L.R. (2023). *Situación actual de la partería indígena en seis estados de México. Informe ejecutivo 2021-2022*. CIESAS; CONACYT. https://pacificosur.ciesas.edu.mx/wp-content/uploads/2023/04/CIESAS-Informe-Ejecutivo-small-digital-ab-17-23_compressed.pdf
- _____. (2022). *Legislación y normatividad en torno a la partería tradicional indígena: una mirada comparativa desde la perspectiva de derechos*. CIESAS; CONACYT. <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2022/02/Ciesas-Legislacio%CC%81n-y-Normatividad-dic-15-comprimido.pdf>
- Sevilla, A. et. al. (2023). *Análisis del marco legal vinculado a la partería tradicional en México*. INAH. <https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/libro%3A941>
- Schifter Aceves, L. (2002). *Medicina, minería e inquisición en la Nueva España: Esteban Morel (1744-1795)*. Biblioteca de Historia de la Farmacia. México, UAM-Xochimilco.

- Somolinos D'Ardois, G. (1996). Capítulo VI – Estudio histórico. En *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis* (manuscrito azteca de 1552, versión española con estudios y comentarios por diversos autores, 1ª reimpresión, 1ª edición IMSS, 1964; 2ª edición FCE, 1991) (pp.165-191). Fondo de Cultura Económica; IMSS.
- _____. (1978). I. Medicina en las culturas mesoamericanas anteriores a la conquista. *Capítulos de historia médica mexicana*. Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.
- Sahagún, B. de (fray) (2002), *Historia general de las cosas de la Nueva España* (3 tomos, versión íntegra del texto en castellano del manuscrito conocido como *Códice florentino*, estudio introductorio, paleografía, glosario y notas de López Austin A. y García Quintana J). CONACULTA.
- Tamayo Gómez, I. (2016). *Las parteras tradicionales zoches de Ocotepac, Chiapas; y su relación con la medicina oficial* [Tesis de Maestría]. UNAM.
- Tejera Gaona, H. (1999). *La antropología*. Cultura Tercer Milenio.
- Turner, V. (1980). *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual Ndembu*. Siglo XXI.
- Valdés Gutiérrez, J., et. al. (1992). La botánica en el Códice de la Cruz. En Secretaría de Salud. *Estudios actuales sobre el Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis* (pp. 129-180). Secretaría de Salud.
- Vázquez León, L. (2014). *Historia de la etnología. La antropología sociocultural mexicana*. Primer círculo.
- Véliz, C. (2011). *Los dos mundos del Nuevo Mundo*. Tajamar Editores.
- Walsh, C. (2009). “Interculturalidad crítica y educación intercultural”. En Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello. *Seminario “Interculturalidad y Educación Intercultural”*. Seminario llevado a cabo en La Paz, Bolivia.
- Zolla, C. y Carrillo, A.M. (1998). Mujeres, saberes médicos e institucionalización. En J.G. Figueroa Perea (Comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud* (167-198). El Colegio de México.
- Zolla, C. y Sánchez, C. (2016). Sistema real de atención a la salud en México. En R. Campos-Navarro, R. (Coord.), *Antropología médica e interculturalidad* (pp. 186-200). Facultad de Medicina-UNAM; McGraw-Hill; Interamericana Editores.

Fuentes históricas

- Actas de Cabildo de la Ciudad de México* (1889). Primer libro de actas, Edición del “Municipio libre”, publicado por su propietario y director Ignacio Bejarano, México, en <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000125111&page=1> (Última consulta el 19-VI-2023).
- Expediente relativo a la forma en que se ha de desempeñar el oficio de partero y partera*. (21 de julio 1750), CÉDULAS Y PRAGMÁTICAS,CAJA 26,33, en PARES (Portal de Archivos Españoles): <http://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/description/7340382?nm> (Última consulta el 13-VI-2023).
- Medina, A. (1806). *Cartilla nueva util y necesaria para instruirse las matronas que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de parrear*, en México, en la Oficina de Doña María Fernandez de Jauregui, Calle de Santo Domingo, en NLM (National Library of Medicine): <https://collections.nlm.nih.gov/catalog.nlm.nlmuid-9201882-bk> (Última consulta el 15-VI-2023).

Muñoz, M.E. (1751). *Recopilacion de las leyes, pragmaticas reales, decretos, y acuerdos del Real Proto-Medicato*, Imprenta de la Viuda de Antonio Bordazar, en la Plaza Arzobispal, Valencia, España, en Wellcome Collection, <https://wellcomecollection.org/works/x8rtmsq8> (Última consulta el 14-VI-2023).

Palmero, A. (1897). *Elementos de obstetricia para la enseñanza de las señoras*. México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento.

Recopilación 1775. *Tomo primero de las leyes de recopilación: que contiene los libros primero, segundo, tercero, cuarto, i quinto*. (1775) Imprenta de Pedro Marin, España, en Portal de Libros Electrónicos - Universidad de Chile, <https://libros.uchile.cl/35> (Última consulta el 14-VI-2023). DOI: <https://doi.org/10.34720/csfh-zf90>

Pronunciamientos

Agenda por la Defensa y la Promoción de la Partería Tradicional en México (25-26 de junio de 2019). San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Recuperado de https://www.nichixim.org.mx/wp-content/uploads/2020/11/2020-Junio_-Agenda-por-la-Defensa-y-Promoci%C3%B3n-Parter%C3%ADa-Tradicional.pdf

Pronunciamiento “Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional en México” (10 de febrero 2023). Recuperado de https://anpmi.com.mx/wp-content/uploads/2023/02/pronunciamiento-febrero-2023_Agenda-Nacional-1.pdf

Pronunciamiento “Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional en México” (25-26 de agosto 2022). Ciudad de México. Recuperado de <https://foca.org.mx/wp-content/uploads/2022/09/Pronunciamiento-agenda-nacional-para-la-defensa-y-promocio%CC%81n-de-la-Parteria-Tradicional-.pdf>

Pronunciamiento del Foro “Partería, cultura, ancestralidad y derechos” (25-27 de enero 2018). Oaxaca, México. Recuperado de <https://ojodeaguacomunicacion.org/pronunciamiento-del-foro-parteria-cultura-ancestralidad-y-derechos/>

Robles Galán, R.E. (4 de diciembre de 2019). Discurso. Foro: Diálogos sobre los retos institucionales para fortalecer el trabajo de la partería tradicional en la Ciudad de México. Foro llevado a cabo en Xochimilco, Ciudad de México.

Páginas web consultadas

Agenda Nacional por la Defensa de la Partería Tradicional Indígena. [@siconpartera]. (2023, marzo 23). *Boletín de Prensa* [Página de Facebook] de <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=544820927797987&set=pb.100068102537184.-2207520000.&type=3>

American Anthropological Association (AAA) (2012). *Statement on Ethics*. <https://americananthro.org/about/policies/statement-on-ethics/>

Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. *Epazote de zorrillo*. <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/apmtm/termino.php?l=3&t=teloxys-graveolens>

Centro de Salud San Gregorio Atlapulco Xochimilco. (2019, octubre 16). Parteras tradicionales [Imagen adjunta] [Publicación de estado] de <https://www.facebook.com/398117494072187/photos/a.398140284069908/509605429590059/>

- Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Ciudad de México. Estadística de Pobreza en la Ciudad de México, de <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/DistritoFederal/Paginas/principal.aspx>
- Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías. (2021, febrero 11). [Imagen adjunta] [Publicación de estado] de <https://www.facebook.com/ConahcytMX/photos/a.329003573858818/3898651526893987/>
- Consejo Nacional de Población. (2021, octubre 4). Índices de marginación 2020, de <https://www.gob.mx/conapo/documentos/indices-de-marginacion-2020-284372>
- Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática. Principales resultados por localidad (ITER) 2020, de <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=9>
- Objetivos de Desarrollo Sostenible. (s.f.). *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Salusplay. *Globo de seguridad*. <https://www.salusplay.com/blog/diccionario/globo-de-seguridad/>
- Secretaría de Salud. (2022, septiembre 22). Trabaja Secretaría de Salud proyecto de NOM sobre partería tradicional y comunitaria. <https://www.gob.mx/salud/prensa/479-trabaja-secretaria-de-salud-proyecto-de-nom-sobre-parteria-tradicional-y-comunitaria?idiom=es#:~:text=La%20Secretar%C3%ADa%20de%20Salud%20trabaja,la%20salud%20de%20las%20personas>