



“Entre hegemonía, subordinación y resistencia:

**Trayectorias de atención de mujeres nahuas durante el embarazo y parto
en la localidad de Santiago Centro, Tamazunchale, S.L.P”**

T E S I S

**Que para obtener el grado de
Maestra en Antropología Social**

Presenta

Mónica Reynoso Morales

San Luis Potosí, S.L.P.

Abril, 2019

“Entre hegemonía, subordinación y resistencia:

**Trayectorias de atención de mujeres nahuas durante el embarazo y parto
en la localidad de Santiago Centro, Tamazunchale, S.L.P”**

T E S I S

**Que para obtener el grado de
Maestra en Antropología Social**

Presenta

Mónica Reynoso Morales

Directoras de Tesis: Dra. Mónica Adriana Luna Blanco

† Dra. Horacia Fajardo Santana

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
Punto de partida. Observando la propia mirada.....	12
Conociendo la Huasteca potosina.....	14
Estado de la cuestión	16
Contexto general sobre el ejercicio de la partería en Latinoamérica y México.....	21
Investigar: laberinto de opciones, aprendizajes y desafíos. Abordaje Metodológico.....	29
Metodología del Trabajo de campo	36
Descripción del capitulado.....	44
 CAPITULO 1. HEGEMONÍA, SUBORDINACIÓN Y RESISTENCIA: GÉNERO, SALUD MATERNA Y MODELOS DE ATENCIÓN.....	46
Abordaje teórico	46
 1.1 Género como categoría de análisis.....	47
 1.1.2 Salud de las mujeres y género.....	50
 1.1.3 Salud materna y género	53
 1.2 Antropología Médica Crítica.....	57
 1.2.1 Modelos médicos como escenarios de hegemonía, subordinación y resistencia.....	59
 CAPÍTULO 2. CONTEXTO ETNOGRÁFICO DE SANTIAGO CENTRO, MUNICIPIO DE TAMAZUNCHALE.....	71
2.1 La Huasteca Potosina	72
2.2 Santiago Centro. Ubicación Geográfica	72
 2.2.1 Aspectos generales de la localidad	75
 2.2.2 Sistema de cargos comunitarios	82
2.3 Mujeres, vida cotidiana y festividades. Viñetas etnográficas	84
 2.3.1 Viñeta 1. Desgranar, moler, dar de comer	84
 2.3.2 Viñeta 2. Xantolo	87
 2.3.3 Viñeta 3. La boda.....	93
 2.3.4 Viñeta 4. Día de las Madres. “Su nombre no importa, tú le llamarás mamá”	95
 2.3.4.1 Ser madre en Santiago Centro.	99
 2.3.5 Viñeta 5. Fiesta patronal. Escenario de encuentros.....	106
2.4 Viñeta 6. Entre pastillas, hierbas y barridas.....	112
 2.4.1 Organización Social en torno a la atención de la salud en Santiago Centro.....	114

A modo de conclusión.....	124
CAPÍTULO 3. HEGEMONÍA, SUBORDINACIÓN Y RESISTENCIAS. ENTRE PARTERAS, PARTEROS TRADICIONALES Y PERSONAL DE SALUD. LA EXPERIENCIA DE SANTIAGO CENTRO MUNICIPIO DE TAMAZUNCHALE.....	126
3.1 De las personas que participaron.....	127
3.1.2 Parteras y parteros tradicionales.....	129
3.2 “Nosotros no hacemos eso”. Discurso oculto de las parteras y parteros sobre la atención hospitalaria de las mujeres.	136
3.3 Incorporación de las Parteras tradicionales en las redes de atención a la salud materna.....	137
3.4 IMSS-Prospera/Oportunidades.....	140
3.4.1 El registro de parteras tradicionales.....	141
3.4.2 Responsabilidades y funciones que tienen las parteras y parteros que colaboran en el programa de interrelación del IMSS-Prospera.....	144
3.4.3 Capacitación de parteras voluntarias rurales, como dispositivo de disciplinamiento.....	149
3.4.4 Remuneración económica.....	155
3.4.5 “Las parteras no están obsoletas, pero...” El ejercicio de la partería tradicional visto desde la institución de salud.....	156
El caso de Doña Rita. “ <i>Si me quieren encarcelar, encarcélenme, yo hice bien</i> ”.....	158
3.6 Intervenciones del IMSS-Oportunidades/Prospera.....	164
A modo de conclusión del capítulo.....	166
Capítulo 4. Trayectorias de atención de las mujeres durante el embarazo y parto en la localidad de Santiago Centro, municipio de Tamazunchale.....	172
4.1 Comportamiento reproductivo de las mujeres en la localidad de Santiago Centro.....	173
4.2 De las participantes.....	180
4.3 Trayectorias de atención a las que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto.....	182
4.3.1 Inicio del proceso de embarazo: “Me di cuenta porque ya no me bajó la regla.”.....	184
4.3.2 Desarrollo del embarazo y cuidados a los que recurren las mujeres en este periodo. “Si hay partera, pero ya los doctores no recomiendan ir con ellas”.....	185
Caso de Florencia “Sentí una sensación en mi vientre y en mi corazón”.....	191
4.3.3 Atención de las mujeres durante el parto. “Ve a buscar la camioneta para que nos lleve al hospital”.....	192
Caso de Bernarda “Me acuerdo como si fuera ahorita.”.....	197
4.3.4 Uso de métodos anticonceptivos como cierre de las trayectorias de atención a las mujeres durante el parto: “Si no firmas no te atienden”.....	204
Caso de Lucía: “Yo digo que cada cuerpo es diferente, yo me sentí mejor con las yerbas.”.....	210
4.3.5 Entre relaciones de subordinación y resistencia.....	212
A modo de conclusión.....	213
Conclusiones generales.....	216

Mapas

1.Geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos,
Santiago Centro, Tamazunchale, San Luis Potosí..... 74

2.Croquis de la localidad de Santiago Centro.81

Esquemas

1.Vinculación de las actoras y actores sociales respecto
a la atención de la salud materna.....35

2. Instituciones presentes en el contexto local
donde se desenvuelven las mujeres de Santiago Centro.124

Tablas

1.Trabajo de campo y herramientas metodológicas utilizadas.....42

2. Atención a la salud y pluralidad médica.....116

3. Información del personal de salud128

4. Información sobre parteras y el partero que participan en las
entrevistas..... 129

5.Documentos revisados en relación a la incorporación
de las parteras tradicionales a los servicios institucionales de salud materna.138

6. Documentos oficiales del IMSS-Prospera/Oportunidades139

7. Prácticas de asistencia a las mujeres durante el parto
atendido por terapeutas locales y por el personal de salud.....165

8. Información reproductiva y atención a la salud materna grupo 1.....175

9. Información reproductiva y atención a la salud materna grupo 2.....177

10. Información reproductiva y atención a la salud materna grupo 3.179

11. Información sobre mujeres participantes.182

Imágenes

1. Iglesias de Santiago Centro, municipio de Tamazunchale.....	79
2. Altar realizado por maestros del preescolar de Santiago Centro.....	89
3. Altares domésticos.....	89
4. Altares domésticos	89
5. Concurso de “arcos” y demostración de comparsas en la galera de Santiago Centro, beneficiarias de Programa Prospera/Oportunidades.....	91
6. Demostración de Comparsas en la galera de Santiago Centro, beneficiarias del Programa Prospera/Oportunidades.....	92
7. Demostración de Comparsas en la galera de Santiago Centro beneficiarias del Programa Prospera/Oportunidades.....	92
8. Figura de santo patrono de Santiago Centro.....	107
9. Fiesta patronal de Santiago Centro.	108
10. En espera del inicio de la peregrinación.....	109
11. Peregrinación de la fiesta patronal.....	110
12. Entrada al templo.	111
13. Unidad médica IMSS	122

Anexos

1. Tabla de congruencias entre el capitulado, las preguntas	232
de investigación y los objetivos planteados	
2. Formato de encuesta	234
3. Guía de entrevistas con parteras y parteros tradicionales.....	235
4. Guía de entrevistas con personal médico y de enfermería; y personal encargado del programa de interrelación con parteras y parteros tradicionales.....	237
5. Guía de entrevista para mujeres nahuas, centrada en las trayectorias de atención a la salud maternas.....	239

AGRADECIMIENTOS

El proceso de construcción de esta tesis ha implicado una cantidad significativa de aprendizajes y retos que abrazaron mi experiencia como aprendiz de Antropología. Sin duda, concluir este proceso me hace mirar hacia atrás y recordar circunstancias en las que este momento parecía lejano. Agradezco a las personas que me acompañaron durante el recorrido andado fortaleciendo cada paso.

A mi mamá y mi papá por esa fuerza y convicción con la que siempre me acompañan de forma amorosa en cualquier proyecto que decido emprender. También agradezco a mis hermanas por ser cómplices y siempre brindarme apoyo y cariño cuando más lo necesito.

Agradezco a Margarita Hernández Filogonio por brindarnos a Saíd y a mi su casa, paciencia y confianza durante el trabajo de campo. Por ser mi compañera y amiga. A su familia por tratarnos con cariño, alegría y respeto al grado de sentirnos parte de ella.

A las mujeres nahuas de Santiago Centro por brindarme su confianza y hacerme partícipe de su cotidianidad, agradezco esas horas cerca del fogón donde reímos, conversamos, nos preocupamos y lloramos. Desgranando, moliendo y dando de comer me permitieron acercarme a sus vidas y conocer sus experiencias que, sin duda, son el corazón de esta tesis. Gracias también a todas las personas que participaron con su tiempo y experiencias compartidas de las que da cuenta en esta investigación.

Agradezco infinitamente a mis directoras de tesis quienes a su forma y tiempo aportaron lo necesario para que este proceso fuera posible. A la Dra. Horacia Fajardo Santana por la sencillez y claridad con la que me acercaba a las complejas discusiones teóricas que se han realizado desde la Antropología Médica, por guardar distancia cuando lo creía necesario y confiar en mi proceso de aprendizaje. También por estar disponible para dialogar y desenredar mis abrumadoras dudas. Por la flexibilidad, libertad, confianza, aquellas risas y también la empatía e indignación ante las injusticias, gracias también por dejar el terreno preparado, aun sin darme cuenta.

A la Dra, Mónica Luna Blanco, que, a pesar del poco tiempo de conocernos, la vida se las arreglo para presentarnos y ponernos en caminos paralelos, gracias por el respeto y cariño con el que abrazaste mi proyecto y a mi persona cuando el duelo hacia de las tuyas. Gracias por la dirección respetuosa a mis cuestionamientos y dudas, por impulsar y promover en mí el análisis profundo de mi quehacer como investigadora. Gracias Moni por el cariño y la amistad compartida.

También agradezco el trabajo colectivo, paciente y amoroso que se gestó en el comité de tesis durante estos dos años. Por su paciencia, compromiso, sencillez y precisiones que siempre me ayudaron a clarificar dudas gracias Dra. Alejandra Aguilar Ros. A la Dra. Lina Rosa Berrio Palomo por el reencuentro que esta tesis significó y por las aportaciones contundentes y necesarias para nutrir este trabajo. Al doctor Mauricio Guzman por su compromiso y acompañamiento respetuoso.

A Laura Barcena, Marai Colmenares Fajardo y la familia Fajardo Santana por estar pendientes de mí en la elaboración de esta tesis, por sus mensajes, llamadas y ánimos para continuar.

Agradezco el compartir cotidiano dentro y fuera del salón de clases, por la complicidad y amistad en estos años, gracias Maricela Barrera, Alexa Turrubiates, Iliana Muñoz y Raúl Zamora.

A mis amigas y compañeras de la CAMI Yankuikej Sihamej por compartir su experiencia colectiva, por su confianza y cariño.

Agradezco también infinitamente a mis amigas de la Colectiva la Castilla Combativa, quienes me han enseñado a defender la alegría como trinchera y generar una colectividad respetuosa en la que siempre me he sentido acurrada y acompañada.

A quienes han estado presentes en la cotidianidad de los días y me ayudaron a diluir las tensiones con una buena charla, un café, un abrazo, gracias Guadalupe Najera y Natalia Aguilar. Por su apoyo invaluable en la última fase de este proceso gracias Lorena Rojas.

A Gloria Mejía y María Guadalupe Macías por estar cerca y proponer espacios creativos de reflexión, por el cariño y por ser parte de esto muchas gracias.

A esas relaciones añejas y muy queridas, que pese a la distancia se hacen presentes para continuar tejiendo historias y dar cuenta de nuestros afectos gracias a Miguel Sanchez Solchaga por su particular sentido del humor, a Diana Torres Anguiano por el apoyo y cariño mostrado siempre y a Nalley Torres Ayala por los años andados y esa genuina cercanía.

Por último, agradezco a quienes acompañan mis días, todos los días, a Carlos por tener la serenidad y sabiduría en momentos complicados, gracias por estos años caminados que nos han permitido conocernos y reconocernos siempre que lo necesitamos, gracias por ese construir diario. A Said por ser fiel compañero durante el trabajo de campo, por aprender, maravillarse y asombrarse en la Huestaca Potosina. A ambos, gracias por acompañarme en este camino.

PARIR

(Porque hoy, hablar/escribir de nuestra capacidad paridora es pronunciarse políticamente)

©Patricia Karina Vergara Sánchez

Mi cuerpa es esta montaña que vuela nube.

Mi cuerpa es este alarido de viento remolino.

Mi cuerpa es esta cueva que se abre desde el centro de la tierra.

Tiemblo en trance, tiemblo, murmuro, tiemblo. Todo se cimbra.

Somos, es este instante único, irrepetible.

Es el momento cero, la magia cuántica.

En el universo y en el caos,

el batir de todas las alas de todas las mariposas,

de todos los tiempos, de todas las ensoñaciones.

Es aquí que somos ellas y somos nosotras

y somos todas en esta cuerpa misma.

Cuerpa salvaje,

cuerpa sagrada,

cuerpa libre que se expande infinita.

En este instante,

en donde tu cuerpo ocupa el sitio propio de mi cuerpo,

hemos encarnado en un mismo tiempo,

en un espacio uno y dimensión una.

Historias, sangre de esta sangre, ADN, memoria molecular.

Las que fueron y las que -si lo eliges- serán.

Somos, nosotras, todas.

INTRODUCCIÓN

Las prácticas de atención a las que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto en la localidad de Santiago Centro se desarrollan en un contexto de pluralismo médico¹, el cual está sostenido por la presencia de distintos modelos médicos involucrados en la atención a la salud materna, como lo son la partería tradicional, las prácticas de auto atención y la biomedicina.

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que las mujeres durante el embarazo y parto activan todo un andamiaje cultural que involucra a distintos actores y actoras sociales como la familia, sus parejas, las parteras y parteros tradicionales, el personal médico y de enfermería. Por esta razón el objetivo de esta tesis es analizar las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto, con la finalidad de identificar las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia que se generan entre actores y actoras involucradas en la atención a la salud materna en un contexto de pluralismo médico².

A razón de esto, se eligió como parte de la metodología el análisis relacional que surge de la Antropología Médica Crítica, el cual permite dar cuenta de las relaciones que existen entre los y las agentes involucradas en la atención a la salud materna.

La vinculación de las parteras y parteros tradicionales a las redes institucionales de atención a la salud materna ha sido motivo de diferentes programas y acciones gubernamentales implementadas en

¹ Pluralismo médico se entiende por el conjunto de formas y prácticas de atención diferentes a las que recurre la población para atender o dar seguimiento a una misma situación o problemática de salud (Menéndez, 2003).

² Se toma la premisa del pluralismo médico debido al conocimiento previo de la situación de la partería tradicional en la zona Huasteca de San Luis Potosí, experiencia que se menciona apartado “Conociendo la Huasteca Potosina” ubicado en el capítulo introductorio, razón por la cual hago mención del contexto de pluralidad médica en el objetivo general de esta tesis.

diferentes estados del país, por esta razón es menester de esta tesis revisar cómo estos procesos de vinculación han sido entendidos y desarrollados a partir del órgano que los regula en la localidad de estudio, es en este caso el IMSS Prospera-Oportunidades. Esta revisión nos permitirá abordar las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia que se gestan entre terapeutas (parteras y parteros tradicionales, personal médico y de enfermería) involucrados en la atención a la salud materna como un conjunto de elementos del campo relacional que conforma las trayectorias de las mujeres nahuas en la atención a la salud materna.

En la presente tesis las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres se centran en el proceso de embarazo y parto, incluyendo el uso de métodos anticonceptivos como cierre de la atención al evento reproductivo.

En Santiago Centro las prácticas de atención a la salud materna y el uso de métodos anticonceptivos como cierre del evento reproductivo no sólo están permeadas por el contexto de pluralismo médico, sino que, esta pluralidad está conformada por relaciones de poder en donde el modelo médico hegemónico se ha instalado en un lugar protagónico, sobre todo en la atención de las mujeres durante el parto; sin embargo, las trayectorias de atención que transitan las mujeres están conformadas por un entramado complejo en el que existe una permanente negociación reflejada en las prácticas de hegemonía, subordinación y resistencia.

Las líneas teóricas que nos ayudarán a entender cómo es que se conforman las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres durante el embarazo y parto en la localidad de Santiago Centro son: los modelos de atención (Menéndez), el género como categoría de análisis, y la biopolítica (Foucault) como el conjunto de relaciones estratégicas generadas en la atención a la salud materna.

Punto de partida. Observando la propia mirada

Mucho se ha escrito sobre la importancia epistemológica que tiene la mirada de quien investiga, ya que ésta juega un papel imprescindible en todo el proceso de generación de conocimiento. Desde el interés que existe por investigar lo que se investiga y la manera en la que se trabaja en campo, hasta la selección de teorías y herramientas metodológicas –entre otros aspectos que conforman el proceso de investigación– están permeadas por la forma en la que el investigador o investigadora concibe el mundo.

Puedo decir entonces que el conocimiento no sólo es situado al reconocer el contexto determinado al que pertenecen los sujetos y sujetas de investigación, sino también al de quienes hacemos investigación, pues éste conforma una historia personal y concepción del mundo que durante la investigación está presente, nos demos cuenta o no.

Por esta razón, para mí es importante comenzar describiendo algunas reflexiones que surgen al preguntarme ¿Por qué investigo lo que investigo?

El interés que he tenido por temas referentes a los comportamientos sociales vinculados a los procesos de salud, sobre todo en los aspectos relacionados a la sexualidad y reproducción de las mujeres, me ha acompañado en diferentes momentos de mi vida.

El primer aspecto que identifico tiene que ver con el ámbito familiar, ya que crecí en una familia en donde es común la vinculación de las mujeres con diversas nociones de atención a la salud, como el uso y conocimiento de plantas medicinales, de enfermería y medicina alópata. Algunos de estos conocimientos permanecen gracias a la tradición oral, mientras que otros son adquiridos y validados en

el ámbito académico. Bisabuelas, abuelas, madre, hermanas y primas han estado al cuidado de la salud, tanto en el ámbito familiar como en el público.

Por otro lado, han influido la formación en Psicología, el particular interés por la Psicología social y comunitaria y la participación en distintas organizaciones en las que he tenido la oportunidad de trabajar con mujeres campesinas y sanadoras, rurales e indígenas. Asimismo, el trabajo realizado con las compañeras de la Casa de la Mujer Indígena³ “Maseual Siuakalli Yankuikkej Siuamej” (ubicada en Axtla de Terrazas, perteneciente a la Huasteca potosina), la propia experiencia vivida durante el embarazo, parto, puerperio, crianza, y actualmente la formación en Antropología me han permitido plantear en esta tesis las reflexiones sobre la salud materna de las mujeres.

³ Las Casas de las Mujeres Indígenas (CAMI), surgen por una iniciativa gubernamental de la CDI y la Secretaría de Salud para operar un proyecto con una pequeña partida presupuestal dando origen a 5 Casas de la Mujer Indígena, que en ese momento fueron las experiencias pioneras. En la continuidad de esta iniciativa gubernamental diferentes organizaciones de la sociedad civil (Kinal Antzetik Distrito Federal A.C, Comaletzin A.C, GIMTRAP, Grupo de Educación Popular con Mujeres A.C, entre otras) colaboraron en el diseño del modelo de dicho proyecto y además fungieron como asesoras de los grupos de mujeres indígenas que operaban el proyecto en diferentes estados del país. Las Casas de la Mujer Indígena constituyen una herramienta para el acceso a los derechos de las mujeres indígenas, especialmente a los derechos sexuales y reproductivos y al derecho a una vida libre de violencia, ya que su trabajo contribuye a la eliminación de la violencia de género. Existen Casas de la Mujer en distintos estados del país (Oaxaca, Chiapas, Chihuahua, Michoacán, Guerrero, Monterrey, San Luis Potosí, Baja California, Querétaro Yucatán, Estado de México, Veracruz, entre otros).

Conociendo la Huasteca potosina

Por cuestiones personales, durante el 2012 llegué a vivir a San Luis Potosí, una ciudad extraña y lejana para mí. Después de mi llegada, me contacté con Gloria Mejía Elizondo, compañera que había estado trabajando en algunas localidades de San Luis Potosí y de forma inmediata me invitó a colaborar en diferentes proyectos de formación y fortalecimiento organizativo con algunos grupos de mujeres en la Zona Media y la Zona Huasteca del estado.

De 2012 al 2016 colaboré en distintos proyectos y cada vez eran más frecuentes las visitas a la Huasteca potosina, lo cual agradecía, ya que me permitía conocer a las personas de la región y percatarme del diverso bagaje cultural que envuelve a la zona. Durante ese periodo continué colaborando con Gloria Mejía, quien pronto se convirtió en cómplice y gran amiga.

La colaboración que tuve en un proyecto de diagnóstico sobre la prevención y formas de atención de la violencia hacia las mujeres indígenas que se llevó a cabo en algunos municipios de la Huasteca potosina –como Axtla, Matlapa y Tamazunchale– me permitió conocer y escuchar a diferentes parteras tradicionales de la región.

Dicho proyecto planteaba diferentes actividades que permitían recuperar datos sobre la situación de violencia que viven las mujeres indígenas, además de identificar los recursos locales para la atención y prevención de la violencia hacia las mujeres. Como una de las actividades del proyecto en cuestión, se realizaron entrevistas a hombres y mujeres que brindaban algún tipo de atención a la salud por medio de conocimientos locales.

Durante la sistematización de la información obtenida, además de evidenciar la vinculación de la práctica de las mujeres que atendían la salud con prácticas locales como un recurso para la atención y acompañamiento en situaciones de violencia, se observó la recurrente mención de distintas opiniones de

las parteras tradicionales respecto a la participación en los procesos de capacitación y actualización que se han impulsado por el sector salud. Estas opiniones giraban en torno a los aprendizajes obtenidos y a aquellos aspectos con los que no estaban de acuerdo de la implementación de las capacitaciones.

Sin duda, todo ello me dejó con diversas preguntas e inquietudes acerca del proceso de la vinculación de las parteras tradicionales con el sistema biomédico de salud y de las implicaciones que éste ha generado en algunas localidades de la Huasteca potosina respecto a la situación actual que viven las mujeres nahuas en la atención durante el embarazo, parto y puerperio. Esta experiencia trazó uno de los antecedentes más fuertes que me impulsaron a realizar esta tesis.

En 2014 se aprobó el proyecto de la Casa de la Mujer en Axtla de Terrazas, quedando a cargo de un colectivo de 9 mujeres indígenas pertenecientes a los municipios de San Antonio, Huichihuayan, Axtla, Tamazunchale y Matlapa. Dicho colectivo contaba con una trayectoria distinguida en el trabajo con mujeres indígenas de la región.

Por el trabajado realizado anteriormente en la Huasteca potosina y en el proyecto de CAMI en otros estados, el colectivo nos invita a Gloria Mejía y a mí a sumarnos en dicho proyecto y fungir como grupo asesor, con la intención de realizar acciones que fortalecieran los aspectos organizativos, de planeación y temas especializados.

Las experiencias mencionadas anteriormente jugaron un papel determinante para comenzar la travesía de esta investigación, sin certeza alguna y con muchos cuestionamientos en mente, se empezaron a gestar las primeras ideas y preguntas que poco a poco dieron forma a los planteamientos que propongo en esta tesis.

Estado de la cuestión

Atención a la salud materna como objeto de estudio de la Antropología

Para la Antropología, la reproducción y la atención a la salud materna son objetos de estudio, ya que a través de éste se visibilizan todos aquellos constructos sociales que giran en torno a ella, vistos más allá del proceso biológico como tal. María Isabel Blázquez Rodríguez (2005) hace una revisión de los trabajos realizados desde la Antropología de la Reproducción, donde identifica que en la década de 1970 se realizaron diferentes estudios sobre el embarazo y parto, los cuales evidenciaban aspectos socioculturales que giran en torno a los cuerpos de las mujeres y cómo en cada sociedad tiene distintos significados.

Durante 1980, surgen diferentes estudios etnográficos que se centran en la atención de las mujeres durante el embarazo y parto, identificando de forma incisiva la medicalización de los cuerpos de las mujeres, sobre todo en sociedades de contextos urbanos. La misma autora hace un recuento de distintos aportes que han ayudado a consolidar la perspectiva antropológica en los trabajos dirigidos a la reproducción. Por ejemplo, se retoma a Barbara Ehrenreich (1990) y Teresa Ortiz (2001) que ponen sobre la mesa el papel de control y regulación que ha jugado el modelo biomédico sobre otros modelos tradicionales indígenas de atención al embarazo, parto y puerperio.

De los diferentes estudios que se han realizado en ciencias sociales sobre la atención de la salud materna, existen diferentes enfoques y líneas de investigación de las cuales han partido los trabajos revisados.

A partir de la consulta de distintas investigaciones, puedo decir que las líneas y enfoques identificados son la perspectiva de género, la interacción de actores involucrados en la atención materna, incluidas las investigaciones en donde los contextos locales permiten la vinculación de la partería

tradicional y la salud materna. Sobre esta última se tiene una variada gama de combinaciones en variables de aproximación y al hacerlo se ha logrado ensamblar complejos marcos teóricos que ayudan a explicar las distintas realidades de los contextos locales, como veremos a continuación.

La ideología y prácticas de género han sido una perspectiva que aborda la atención de la salud materna como objeto de estudio (Blázquez Rodríguez, 2009; Dailys Gracia Jordal y Zoe Días Bernal, 2010). La antropóloga Graciela Feryermuth (1999; 2010) tiene una nutrida literatura enfocada a la atención de la salud materna desde el análisis de los riesgos, género, etnia y mortalidad materna.

Desde la perspectiva feminista se ha realizado un análisis importante en dos sentidos; primero, por estar dedicado a mostrar cómo son entendidas las políticas de género y salud en las mujeres que reciben la atención a la salud materna y de las personas profesionales que prestan los servicios (personal médico y de enfermería, dulas, parteras profesionales, etc.). Y en un segundo sentido estas investigaciones han puesto sobre la mesa las implicaciones que tienen las prácticas de género durante la atención a la salud materna.

Por otro lado, la práctica de la partería tradicional en México ha sido motivo de diferentes estudios de carácter histórico, antropológico y sociológico que la definen como una práctica importante dentro de uno de los sistemas tradicionales de atención a la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Siguiendo a Cosminsky cuando dice:

Históricamente, la partera tradicional ha sido una opción importante para la atención de las mujeres indígenas y mestizas por tres razones: a) pertenece a la misma cultura, por lo que sus prácticas responden al orden simbólico y a las normas de la organización social comunitaria; conoce sus condiciones de vida y las contradicciones de su entorno social; b) su condición de mujer, la ubica en un lugar privilegiado para promover una visión amplia e integral de la salud de la mujer; y c) la atención que proporciona es calurosa y cálida (Cosminsky,1992, citado en Torres Laguna y Rubio Domínguez,2005:2).

De esta forma queda claro el papel que jugaban las parteras tradicionales a través de la historia, sin embargo, en la actualidad existen diferentes factores que han modificado la práctica de las parteras tradicionales. Respecto a esto, Torres Laguna y Rubio Domínguez (2005) en el artículo “La partería tradicional en la república mexicana” señalan que el papel de las parteras se ha transformado principalmente por la implementación de programas de salud materna, planificación familiar y maternidad sin riesgos. Es evidente que en la actualidad la práctica de la partería tradicional está llena de matices y es influenciada por diferentes factores, uno de ellos es el ejercicio del modelo médico hegemónico que trae consigo la medicalización de los cuerpos, penetrando en los sistemas locales de atención a la salud de manera importante.

En el ámbito nacional, es importante decir que Chiapas, Oaxaca y Guerrero son los estados en donde se han realizado más estudios sobre partería y atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

María Eugenia Modena, en su libro “Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica” (1990), se pregunta “¿Cómo se combinan las múltiples instituciones y organizaciones, privadas y públicas que actúan en relación con la salud y la enfermedad?”, de esta forma la autora enfatiza en el despliegue de las distintas combinatorias que surgen con estos actores que interactúan entre sí, y la necesidad de abordar las diferentes relaciones entre autonomía, individualismo, proceso mercantil, secularización, responsabilidad personal y familiar en la salud y la enfermedad. También dice que las medicinas tradicionales continúan y cambian, la medicina oficial –o como ella la llama la medicina hegemónica extiende la cobertura de sus servicios en diferentes localidades en donde antes no lo hacía, pero la lógica que articula al conjunto es la misma del poder hegemónico que intenta abordar estas operaciones, y se hace desde esos modales contradictorios y desiguales con los que opera cuando se enfrenta con los hechos provenientes de una historia compleja formada por la interrelación de múltiples actores.

Los modelos de capacitación que se han implementado a parteras y parteros tradicionales en distintos estados del país también han sido motivo de estudio (Freyermuth y Manca 2000, Brigitte Jordan 1978), analizando los contenidos y las relaciones de poder que se gestan en estos espacios de capacitación entre parteras y parteros tradicionales con el personal médico y de enfermería encargado de las acciones de seguimiento y capacitación.

El manual “Un mar de conocimientos” (Sánchez Ramírez et. Al., 2011) del cual se podría decir que funciona como una guía metodológica, es un trabajo conjunto de los colaboradores de dicho manual con algunas parteras pertenecientes a redes conformadas por diferentes organizaciones civiles como de Marie Stops, Kinal Ansetik y promotoras de salud comunitarias que se encuentran en San Cristóbal de las Casas. El objetivo de esa guía metodológica es el fortalecimiento de su trabajo como parteras y promotoras con la intención de facilitar los procesos de capacitación, sensibilización sobre equidad de género y salud con otras mujeres. Los temas que se revisan son: identidad indígena, salud y género, salud sexual, salud reproductiva, prevención de la violencia de género, autonomía, empoderamiento y liderazgo de las mujeres.

Por otra parte, Irazú Gómez García (2017) pone en el centro de la discusión las relaciones de poder y la exclusión de las parteras captadas por la Secretaria de Salud tomando en cuenta los ejes de la medicalización, interculturalidad y exclusión, desde el análisis del poder.

Otros estudios abordan la atención a la salud materna desde las normativas sociales e institucionales; en este sentido, Lina Rosa Berrio Palomo (2013) en su tesis doctoral “Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la costa chica de Guerrero” hace un análisis profundo de las normativas establecidas desde la política pública en materia de salud materna y las normativas comunitarias e institucionales que giran en torno a la reproducción, evidenciando las distintas condiciones de

desigualdad reflejadas en las trayectorias reproductivas y de atención de las mujeres indígenas de dos localidades de la Costa Chica de Guerrero.

Por su lado, Lilia Elena Iñiguez Hernández (2018) hace énfasis en las dinámicas que surgen a partir de la atención biomédica de la salud materna que reciben las mujeres indígenas tsotsiles de la localidad de Cruztón, Chiapas; en la investigación que realiza, se identifica la existencia de situaciones de violencia obstétrica durante la atención biomédica, analizando el ejercicio de la autonomía y de los derechos humanos de las mujeres.

En el estado de San Luis Potosí se han identificado algunas investigaciones respecto a la atención a la salud materna, una de ellas es el artículo titulado “Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí” realizado por Blanca Pelcastre y un grupo de investigadoras e investigadores en el año 2000. En él tuvieron como objetivo conocer los procedimientos, prácticas y creencias con relación al embarazo, parto y puerperio de las parteras que acudieron al curso “De Partera a Partera” realizado en el estado de San Luis Potosí –en la zona del altiplano–, teniendo como ejes temáticos los motivos de inicio a la partería, características de su práctica, condiciones de trabajo y recursos, creencias y mitos sobre el embarazo, el parto y el puerperio.

En la memoria del seminario de investigación de Salud y Derechos Reproductivos en zonas indígenas de México (2003) se relata la presentación de investigaciones como la de Laura Cao (2003), titulada “Entre parteras y médicos: diálogos sobre atención a la salud de las embarazadas”, y la de Noé Guarneros (2003), “Un Modelo para el trabajo de atención al embarazo, parto y puerperio en comunidades indígenas”. Este último realizó su investigación en Aquismón con parteros comunitarios, haciendo un análisis sobre su ejercicio, con el objetivo de averiguar quiénes atendían principalmente los partos y cómo se atendían, incluyendo tanto al sistema médico hegemónico como al ejercicio de la partería practicada por hombres.

Es importante comentar que, en lo personal, no he encontrado investigaciones que se realicen en la región sur de la Huasteca y el Altiplano potosino sobre el tema en cuestión, aun cuando hay presencia de parteros y parteras tradicionales, así como la intervención de los programas gubernamentales de interrelación entre personal médico y de enfermería con parteros y parteras, siendo que estos programas son impulsados a nivel nacional.

Contexto general sobre el ejercicio de la partería en Latinoamérica y México.

Históricamente el conocimiento sobre la atención al embarazo, parto y puerperio, les es reconocido a las parteras o comadronas, quienes se encargaban no sólo de la asistencia a las mujeres antes, durante y después de parir, sino también de la atención a los recién nacidos y de otros aspectos de la salud integral aplicando en la práctica sus conocimientos de herbolaria. Esas mujeres eran reconocidas a nivel comunitario y jugaban un papel importante en la organización social.

Mucho se ha escrito sobre la transición socio-histórica de la atención al parto, pasando de ser visto como un acontecimiento social en donde la familia estaba involucrada –llevándose a cabo en casa y atendido en su mayoría por mujeres–, a ser un momento individualizado, medicalizado y atendido por médicos en los hospitales. Al respecto, Federici (2010:151) apunta que, como “parte del proceso de despojo de los conocimientos de las mujeres sobre su cuerpo, se promueve la presencia de los médicos varones en la atención al parto, las parteras fueron perseguidas y condenadas a convertirse en espías del estado si deseaban continuar ejerciendo su rol de acompañantes de otras mujeres”. De esta forma se hace contundente la existencia predominante de la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio por el modelo biomédico, promoviendo la pérdida de la autonomía de las mujeres sobre su vida reproductiva, incluyendo el protagonismo en el parto, visto en dos sentidos: en la atención a otras mujeres y en la toma de decisiones sobre su cuerpo durante el alumbramiento.

En la actualidad todos los países tienen personal dedicado de forma exclusiva a la asistencia de mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y la atención de recién nacidos; sin embargo, existe un gran abanico de características y denominaciones de los equipos especializados que se dedican a este tipo de atención.

Según el documento El estado de las parteras en el mundo 2014 (Fondo de Naciones Unidas, 2014) América Latina no es la excepción, ya que se observa una gran diversidad tanto de personal especializado en la atención al embarazo, parto y puerperio, como de los procesos de la incorporación de la partería a los sistemas de salud institucional. En términos de diversidad de experiencias se reconocen tres grupos:

1. Los países como Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, Perú, Paraguay y Uruguay, donde la partería profesional está reconocida y son ellas quienes brindan, en la mayoría de los casos, la atención a la salud sexual y reproductiva materna y neonatal con el apoyo de personal médico.
2. Cuba, República Dominicana y Venezuela, donde no hay partería profesional y la atención la prestan el personal médico con el apoyo de enfermeras auxiliares y profesionales.
3. México, Guatemala, Bolivia, Nicaragua, Colombia⁴, El Salvador, Haití y Panamá, países en donde existe una combinación entre la atención de personal médico y de enfermería, y la que prestan las parteras (profesionales, capacitadas, empíricas o tradicionales) a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

Por otro lado, en México, dentro del informe realizado por Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C (2013), llamado “Omisión e Indiferencia”, se muestra que 97 de cada 100

⁴ Cabe mencionar que recientemente se ha reconocido a la partería tradicional del pacífico colombiano como patrimonio cultural de la humanidad.

mujeres embarazadas fueron atendidas por personal médico y de enfermería, y el 2% por una partera, el resto no especificó por quién fue atendida.

En el documento “El estado de las Parteras en el Mundo 2014. Oportunidades y retos para México” (Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, 2014) se menciona que en el país están reportadas oficialmente en el informe 78 parteras⁵ que atienden nacimientos, de un total de 104,379 prestadores de salud dedicados a la atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. Sin embargo, no se incluyen en este dato las parteras tradicionales cuyo número asciende a cerca de 15,000.

Para fines de esta investigación se retomará el concepto de parteras tradicionales que la Norma Oficial Mexicana (por sus siglas NOM 007), define que las personas que pertenecen a comunidades indígenas y rurales, han sido formadas y practican la partería tradicional que forma parte del modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y el recién nacido. Las terapeutas tradicionales son consideradas por la NOM 007 como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

Aunque la definición anterior se aproxima a las características de las parteras tradicionales de Santiago Centro, en esta tesis nos referimos a las parteras y parteros tradicionales de Santiago Centro, como aquellas personas que tienen pertenencia étnica nahua y les es reconocido por su entorno social el conocimiento sobre distintas prácticas locales de atención a la salud en general y asistencia a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Generalmente estos conocimientos les fueron socializados por alguna mujer de su red de parentesco. También existe una percepción personal y comunitaria respecto a ser portadoras y portadores de un don divino que les ha sido revelado por un “sueño”. Además, son personas que han participado en alguna capacitación o plática que promueve algún organismo del

⁵ Para obtener información respecto a los diferentes tipos de parteras en contextos urbanos y otras definiciones sobre las personas que dan asistencia a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, consultar a Sánchez Ramírez, 2016.

sistema de salud público como el IMSS Prospera/Oportunidades o la Secretaría de Salud Pública. En el capítulo tres se profundizará al respecto.

En este sentido, es importante mencionar que a nivel nacional existen diferentes programas de capacitación a parteras y parteros tradicionales impulsados por el sector salud, que en sus inicios tenían la finalidad de reducir las tasas de mortalidad materno-infantil. Por ejemplo, en el Manual de Salud Reproductiva para la Partera Rural en México editado en 1998, se puntualiza que la modificación de la Ley del Seguro Social del 20 de febrero de 1973, del instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dio arranque a uno de los avances más importantes para la atención de la población rural de México. Esto sentó el precedente para que en 1974 se estableciera el programa de capacitación de parteras empíricas con el objetivo principal de mejorar la atención del embarazo, parto y puerperio, además de motivar su participación en la promoción del desarrollo y bienestar de sus comunidades, como se menciona de forma textual en dicho manual.

Respecto a la formación de parteras profesionales en nuestro país, existen cuatro escuelas de partería ubicadas en los estados de Guanajuato, Michoacán, Guerrero y Oaxaca. La primera en fundarse fue CASA A.C en el año de 1996 ubicada en San Miguel de Allende, Guanajuato, siendo la única escuela con la capacidad de expedir cédula profesional.

En el estado de San Luis Potosí durante el 2012 se pretendía abrir una escuela de partería en el municipio de Axtla de Terrazas; sin embargo, al final se canceló la apertura, ya que se esperaban 25 estudiantes y se registraron 20, de esto existe poca información.

Durante el 2015 en la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja de Cuernavaca, Morelos se abrió la Licenciatura en Partería, aunque en el momento de apertura la Escuela se encontraba en proceso de trámite para expedir cédula profesional.

Desde el 2012 en los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Puebla, San Luís Potosí, Tabasco, Veracruz y en la Ciudad de México se ha incorporado al equipo de atención a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio a parteras técnicas egresadas de la escuela de CASA A.C. (San Miguel de Allende, Gto.).

También existe la Escuela de Parteras Profesionales del estado de Guerrero, ubicada en el municipio de Tlapa de Comonfort, siendo la única en su tipo si se habla del territorio mexicano, ya que es de carácter público. De la primera generación (2012-2015) egresaron 14 alumnas. Hasta el 2016 ya son 44 las parteras profesionales egresadas de esta escuela. ⁶

En lo que respecta a la partería tradicional, en el estado de San Luis Potosí se han realizado distintas acciones gubernamentales y de la sociedad civil. Esas acciones son de distinta índole, como capacitaciones para parteras y parteros tradicionales (impulsadas por distintas instituciones), diagnósticos, encuentros de parteras, entre otras que a continuación describiré.

Durante el 2011 el Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí (IMES) llevó a cabo la elaboración del Modelo de Atención Estratégico con Perspectiva de Género dirigido a parteras tradicionales y profesionales del sector salud de la región huasteca del estado (2011), en el que se documenta el registro de 1,869 parteras tradicionales, las cuales colaboran con diferentes instituciones pertenecientes a los servicios de salud: el 77% de las parteras que se encuentran adscritas a los sistemas de salud pertenecen a la Secretaría de Salud y el 23% restante al Instituto Mexicano del Seguro Social. También se menciona que no se encuentran registradas al 100% las parteras tradicionales del estado de San Luis Potosí.

⁶ Para obtener mayor información de la Escuela de Partería Profesional del estado de Guerrero visitar la siguiente página web <http://guerrero.gob.mx/articulos/primera-escuela-de-parteras-profesionales-en-guerrero/>

La Elaboración del Modelo es un esfuerzo que expone la necesidad de capacitación con perspectiva de género tanto al personal de salud como a las parteras y parteros tradicionales y hace evidente la falta de trabajo interdisciplinario entre las y los profesionales de la salud incluyendo al personal médico, de enfermería, auxiliares de la salud, parteras y parteros tradicionales con el objetivo de promover un intercambio cultural y profesional por medio del cual se enriquezcan la atención del embarazo, parto y puerperio.

El objetivo de dicho documento fue la elaboración de un diagnóstico para conocer la vinculación existente entre el personal médico y las parteras del estado de San Luis Potosí. En ese diagnóstico participó el personal médico y de enfermería, así como parteras y parteros de la Huasteca Potosina. A partir del diagnóstico se proponen las siguientes líneas de acción para implementar el Modelo de capacitación:

- La capacitación continua de parteras y parteros tradicionales, así como del personal médico y de enfermería sobre la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.
- El diseño de una red estatal de emergencias obstétricas en donde las parteras y parteros tradicionales estén involucrados.
- La capacitación de parteras y parteros tradicionales sobre métodos anticonceptivos, violencia hacia a las mujeres y la ministración de material necesario para la asistencia de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.
- La profesionalización de la partería, realizando la propuesta de la creación de una escuela a nivel técnico o de licenciatura sumando esfuerzos con la Universidad Autónoma de San Luis Potosí para la implementación de la misma.

En el Modelo se propone continuar la investigación desde dos vertientes:

- “1. Un estudio de cohorte de mujeres embarazadas de todo el Estado de San Luis Potosí.
2. Implementación de un programa de capacitación con personal de salud involucrando a médicos (as), enfermeras (os) y parteras (os). Incluyendo en este estudio la evaluación de impacto del programa” (Modelo de Atención Estratégico con Perspectiva de Género, 2011:61).

Cabe señalar que no se tiene conocimiento de documentos que den cuenta del seguimiento y la implementación de las líneas de acción propuestas.

Durante el 2016 surgieron dos diagnósticos realizados en la zona huasteca, a continuación, se presentan los objetivos y resultados de los mismos.

El primero es el “Diagnóstico inicial de la situación de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio de la microrregión Huasteca” (Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí, 2016) que contempla los municipios de Aquismón, Huehuetlán, San Antonio, Tampamolón Corona, Tancanhuitz y Tanlajás. Tiene como objetivo la generación de evidencia local que sirva para rediseñar políticas públicas y prácticas institucionales establecidas para combatir la problemática en materia de salud sexual y reproductiva. El aporte de este diagnóstico fue crear un estudio piloto que muestra indicadores importantes para prevenir y evidenciar aquellas prácticas que se identifican como violentas.

El segundo es el “Diagnóstico sobre las prácticas y aportes de la partería tradicional a la atención de la salud de las mujeres y la situación actual y su relación con el Estado” (Derechos y Acciones Afirmativas Afirmativas 2016) el cual surgió de un proyecto financiado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) delegación San Luis Potosí. En el diagnóstico se planteó como objetivo principal identificar aquellas acciones que realizan parteras y parteros indígenas y que contribuyen a una atención humanizada del parto para ser reconocidas e incorporadas en las políticas públicas de salud con enfoque intercultural. En este diagnóstico participaron mujeres nahuas y tenek de

los siguientes municipios de la zona huasteca: Aquismón, Axtla de Terrazas, Matlapa, San Antonio, Tamazunchale, Tampacán y Tanlajás. En el documento se realiza una sistematización que recupera aquellas experiencias desagradables y agradables que experimentaron mujeres nahuas y tenek durante la atención al parto; cabe mencionar que aun cuando se observaron más experiencias desagradables que agradables por parte de la atención del parto medicalizado, no todas las experiencias son desagradables y violentas, ya que algunas mujeres relatan el buen trato por parte del personal médico. Sin embargo, queda claro que las acciones y tratos brindados durante la atención al parto dependen de manera directa de quien presta el servicio, motivo por el cual este documento resalta la importancia de acciones de capacitación, sensibilización y profesionalización en materia de derechos humanos, interculturalidad y perspectiva de género para el personal médico y de enfermería.

Además, el documento hace evidente que durante el tiempo que se han realizado las acciones de registro, certificación y capacitación de las parteras tradicionales indígenas se ha derivado la prohibición de la atención de los partos en casa, lo cual se traduce a una vulneración de los derechos humanos de las mujeres indígenas en tanto mujeres e integrantes de pueblos indígenas Nahua y Tenek. También retoma una serie de prácticas realizadas por las parteras y parteros tradicionales que se pueden tomar en cuenta para la atención de un parto humanizado dentro de los hospitales. Por último, se hace un listado de las propuestas que las mujeres nahuas y tenek que participaron en el diagnóstico hacen para que la atención en los hospitales sea más adecuada, tomando en cuenta sus necesidades. Sus demandas se dividen en tres aspectos:

1. Atención brindada en el hospital. Trato con respeto, evitando gritos, bromas, regaños, etcétera. Que la atención sea rápida y oportuna, además de una comunicación clara y constante del personal médico y de enfermería sobre lo que va ocurriendo en el momento del parto y las intervenciones necesarias, por último, que no se condicione ni se presione la atención del parto para poner el Dispositivo intrauterino (DIU).

2. Sobre derechos y decisiones de su cuerpo durante la atención al parto. Que las mujeres que están viviendo el parto sean quienes elijan en dónde parir y con quién (en el hospital o en casa, con médicos o parteras), que no haya discriminación por ser indígenas, que se respeten los usos y costumbres.

3. Atención de las parteras durante el parto. Demandan el acompañamiento de las parteras tradicionales durante el parto atendido en el hospital, que las parteras tengan un espacio donde atender los partos dentro del hospital o los puedan atender en casa si la mujer lo prefiere.

Dentro de las conclusiones realizadas en este Diagnóstico, se identifica que las parteras que participaron en dicho estudio describen que a partir del 2006 dejaron de practicar la atención al parto en sus comunidades por prohibición del Sector Salud, aunque esta premisa no está registrada en ninguno de los documentos oficiales; como parte de los datos etnográficos obtenidos en la práctica de campo realizada en 2016 es evidente que en la interacción práctica y de capacitación que mantiene el sector salud con parteras y parteros tradicionales esta prohibición es una constante, y muchas de las reglas giran en torno a ella.

Investigar: laberinto de opciones, aprendizajes y desafíos. Abordaje Metodológico

Realizar una tesis de maestría en Antropología Social (ciencia en la que me considero aprendiz), sin duda ha implicado para mí una cantidad significativa de retos que me han llevado a tener distintos cuestionamientos durante todo el proceso de maestría y de la presente tesis. Estos cuestionamientos están relacionados con la ética, la implicación de la persona que investiga y los procesos de investigación.

Durante el proceso de construcción de esta tesis transité por un camino largo de incertidumbres, cambios, constantes reestructuraciones, crisis y, sin duda, mucho aprendizaje. Debo decir que las modificaciones se fueron gestando durante el trabajo de campo, en el análisis de la información obtenida, en las distintas asesorías con las directoras y lectoras de tesis, y en la revisión de bibliografía

especializada. En este apartado es menester mostrar las decisiones metodológicas y las razones por las cuales se realizaron dichos cambios hasta llegar al planteamiento que se expone en esta tesis.

En el inicio del planteamiento del protocolo de investigación se contemplaba realizar el análisis de las prácticas de atención durante el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, en el proceso de construcción de esta investigación y tomando en cuenta los datos obtenidos durante el trabajo de campo, se acotó al análisis de la atención que se vive en los dos primeros momentos reproductivos antes mencionados; es decir, la atención a las mujeres durante el embarazo y el parto ya que son los momentos en los que se da mayor intervención del sector salud y esto genera relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia en el contexto de pluralidad médica, donde la biomedicina juega el papel de modelo hegemónico. Durante el trabajo de campo me di cuenta por medio de lo observado en la cotidianidad y lo identificado en las narrativas de las mujeres que el puerperio es un momento de la atención a la salud materna menos intervenido por la atención biomédica, información en la que coincide con las aportaciones que Berrio Palomo (2013) puntualiza en su estudio realizado con dos grupos de mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero. Además, se identificó el uso de métodos anticonceptivos como parte del ciclo de atención a las mujeres durante el embarazo y parto. Y para fines del objetivo que se fue construyendo para esta investigación convenía no desviarse del análisis relacional sobre la atención a las mujeres nahuas durante el embarazo y parto.

A razón de esto, durante el trabajo de campo y proceso de maestría surgieron distintos cuestionamientos que me llevaron a plantear las siguientes preguntas de investigación:

Preguntas generales: ¿De qué manera se conforman las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto? ¿De qué forma en las trayectorias de atención que transitan las mujeres durante el embarazo y parto se manifiestan las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia en un contexto de hegemonía biomédica?

En relación al contexto local la pregunta es: ¿Cuál es el contexto local en donde se desarrollan las trayectorias de atención que transitan las mujeres durante el embarazo y parto?

Respecto a las relaciones que se gestan entre terapeutas locales y el personal médico y de enfermería las preguntas son: En este sistema hegemónico en donde la partería es considerada subalterna o inferior, ¿qué tipo de relaciones se desarrollan en la vinculación que existe entre terapeutas tradicionales y personal de salud institucional?, ¿Qué tipo de prácticas hegemónicas promovidas por el IMSS-Prospera/Oportunidades se ejercen sobre las parteras y parteros tradicionales en el ejercicio de las prácticas locales de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos? ¿Qué tipo de prácticas de resistencia realizan las parteras y parteros tradicionales ante las intervenciones realizadas por el IMSS-Prospera?

Y respecto a las experiencias y prácticas de atención de las mujeres nahuas los cuestionamientos son: ¿Cuáles son los aspectos que conforman el comportamiento reproductivo de las mujeres en la localidad de estudio? ¿Cuáles son las trayectorias de atención que transitan las mujeres durante el embarazo y parto? ¿De qué manera las trayectorias de atención manifiestan las prácticas de subordinación y resistencia que se generan en un contexto de pluralidad médica?

Por consiguiente, el objetivo general de esta tesis es **analizar las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto, con la finalidad de identificar las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia que se generan entre actores y actoras involucradas en la atención a la salud materna en un contexto de pluralismo médico** (Anexo 1. Congruencia entre el capitulado, las preguntas de investigación y los objetivos planteados).

Los objetivos específicos son:

- Describir el contexto local para identificar aquellos aspectos centrales que conforman el sistema sociocultural sobre el cual se entretajan las creencias acerca de la maternidad, los estereotipos de

género y por supuesto, cómo en dicho contexto se configuran las opciones diversas de trayectorias de atención de las mujeres nahuas durante el embarazo, parto y el uso de métodos anticonceptivos como cierre del evento reproductivo.

- Analizar las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia que existen entre parteras, parteros tradicionales y el personal de salud en la atención de las mujeres durante el embarazo y parto, tomando como marco de referencia lo establecido por el IMSS-Prospera respecto a la atención de la salud materna en la localidad de Santiago Centro, municipio de Tamazunchale. Tomando en cuenta de forma central las narrativas de las parteras y parteros tradicionales y del personal médico y de enfermería que participaron en las entrevistas.
- Describir las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres durante el embarazo y parto, tomando en cuenta el comportamiento reproductivo de las mujeres de la región.
- Además de analizar cómo las trayectorias de atención reflejan las prácticas de subordinación y resistencia generadas en el contexto de pluralismo médico.

Puedo decir que las mujeres nahuas que transitan durante el embarazo y parto, activan una serie de prácticas de atención que involucran a diferentes actores y actoras sociales dentro de un contexto de pluralidad médica en el que la biomedicina juega un rol hegemónico. En este sentido, se entiende que en la pluralidad médica se reconoce la existencia de diferentes modelos de atención que conviven en un mismo contexto local.

En esta tesis los modelos de atención serán abordados como un instrumento teórico metodológico que nos ayudará a entender la manera en la que se constituyen las trayectorias de atención que recorren las mujeres durante el embarazo y parto, teniendo en cuenta las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia que se gestan entre modelos de atención involucrados en la salud materna de las mujeres en Santiago Centro. Así puedo decir que por modelos médicos:

[...] entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los “curadores” (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (Menéndez 1983:101).

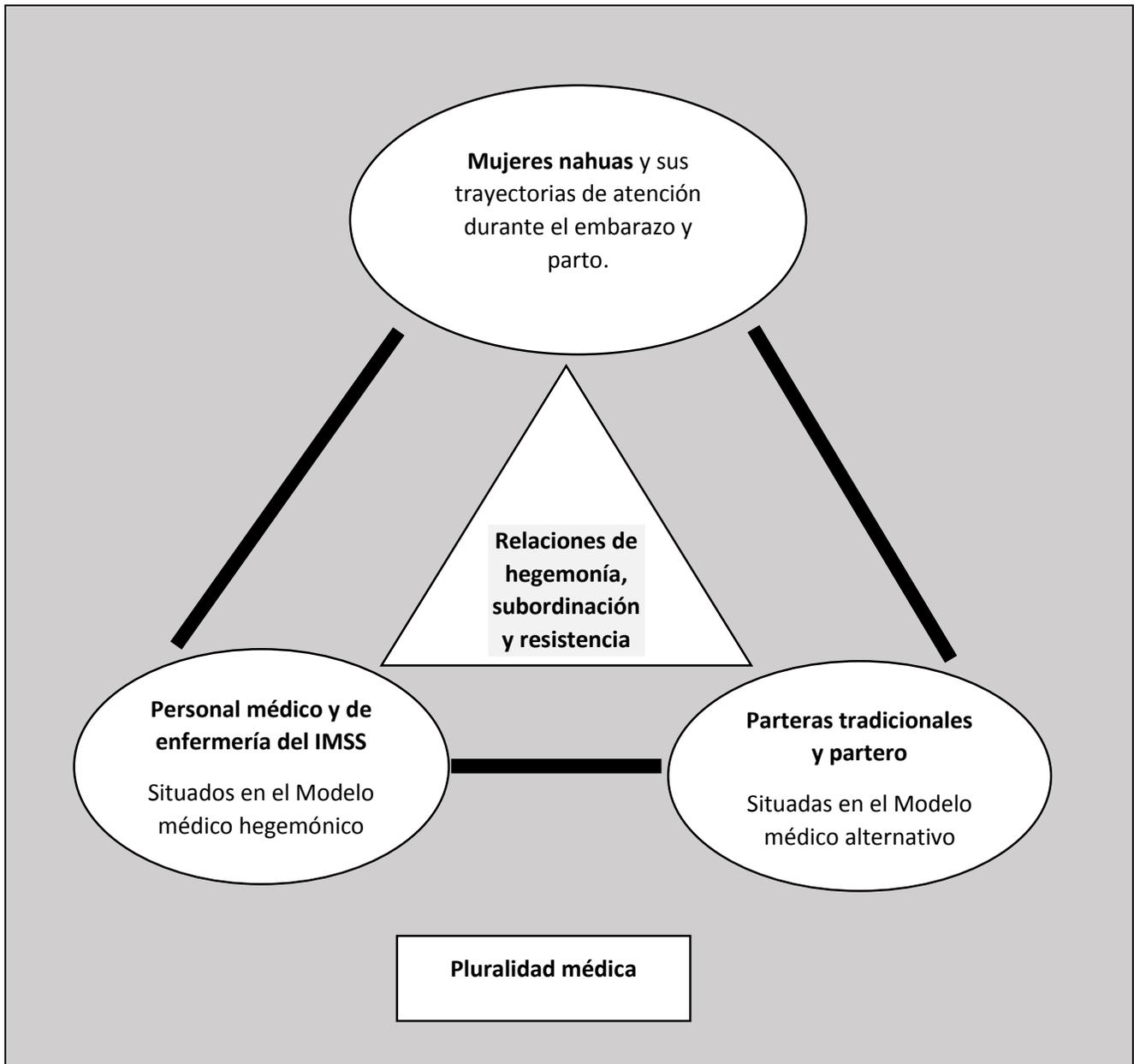
En esta tesis propongo como elemento metodológico ver a los actores y actoras de forma activa y articulada, ya que parteras y parteros tradicionales, personal médico y de enfermería, y las mujeres que transitan los procesos de embarazo y parto, forman parte de un entramado que sustenta las prácticas de atención a la salud materna en la localidad. Por esta razón es importante mencionar que el análisis de la interrelación entre las actoras y actores sociales involucrados en la atención a las mujeres durante el embarazo y parto nos brinda un panorama general del contexto de pluralidad médica en el que las mujeres nahuas están inmersas. Respecto a la participación de actoras y actores sociales Vania Salles y Rodolfo Tuirán postulan lo siguiente:

Los actores sociales no deben ser vistos como meros soportes o receptores de reglas, normas, valores, prescripciones y prácticas institucionales que determinan mecánicamente su comportamiento, sino también reconocer que ellos las “interpretan” y reaccionan frente a ellas, ya sea aceptando, modificando o rechazando sus prescripciones y acciones. Esta óptica es indispensable para entender que las instituciones sociales, al mismo tiempo que fungen como instancias estructuradoras de comportamiento y actitudes de grupos e individuos, son estructuradas por las acciones desplegadas de estos últimos (2001:100).

De acuerdo con lo anterior, y sin dejar de ver el contexto de hegemonía biomédica, en esta tesis propongo situar a las mujeres nahuas que transitan las trayectorias de atención durante el embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos, como actoras activas, ya que son ellas quienes ponen literalmente el cuerpo en el proceso de atención durante el embarazo, parto y uso de los métodos anticonceptivos como cierre del evento reproductivo. Por esta razón, se da prioridad a la reelaboración que ellas mismas hacen de sus experiencias y decisiones respecto a la atención brindada durante el

embarazo y parto, tomando en cuenta las entrevistas realizadas, las charlas ocasionales y la convivencia cotidiana. Todo esto permite dar un panorama minucioso de las trayectorias de atención que ellas transitan, las cuales reflejan las relaciones de poder, manifestadas en prácticas de hegemonía, subordinación y resistencia que ocurren durante la atención a la salud materna en un contexto de pluralidad médica.

Esquema 1. Vinculación de las actoras y actores sociales, respecto a la atención de la salud materna



*Elaboración propia.

Metodología del Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en Santiago Centro, municipio de Tamazunchale, ubicado en el sur de la Huasteca potosina. Tamazunchale es el municipio que tiene el registro más numeroso de parteros y parteras del estado de San Luis Potosí, llegando a la cantidad de 654 registros (2010)⁷. Aunque no había tenido la oportunidad de conocer con anterioridad la localidad de Santiago Centro, por la participación que he tenido en el trabajo con mujeres indígenas en la región, era de mi conocimiento la importante presencia de las parteras tradicionales en dicha la localidad, motivo por el cual se planteó el proyecto de investigación en ese lugar.

También debo comentar que esta tesis ha significado para mí, el debut en el trabajo etnográfico, aunque desde la psicología social ya había realizado entrevistas a profundidad, observación participante y otras técnicas metodológicas de las ciencias sociales, en el proceso de formación como antropóloga y durante el trabajo de campo, mis esfuerzos estuvieron dirigidos al conocimiento y práctica del método etnográfico.

En particular, el registro del diario de campo representó un reto importante para mí, ya que la mayoría de los días la rutina estaba llena de actividades domésticas y de crianza que me permitían estar cerca de las mujeres que participaron en la investigación y también de mi hijo. Entre días agotadores y días fluidos, siempre aproveché las horas de sueño y de juego de mi hijo con otras niñas y niños, logrando con disciplina el registro del diario de lo observado y vivido durante mis días en Santiago Centro y San José Santiago.

⁷ Dato obtenido del Modelo de atención estratégico con perspectiva de género dirigido a parteras tradicionales y profesionales del sector salud de la región huasteca del estado, el cual fue abordado en las páginas 23 y 24 de la presente tesis.

Cabe mencionar que el apego a los datos obtenidos durante el trabajo de campo siempre fue el factor protagonista en las reestructuraciones del planteamiento del problema y elaboración general de esta tesis, incluso en la toma de decisiones metodológicas y teóricas. A continuación, se describirá el proceso de trabajo de campo y las herramientas metodológicas utilizadas.

Aspectos generales del trabajo de campo

En mi posición de etnógrafa, durante el trabajo de campo observé, escribí, me interesé, pregunté, me sorprendí, aprendí y demás, pero en la interacción cercana, sobre todo con las mujeres que participaron en la investigación, también ellas me observaron, me preguntaron, se sorprendieron, etcétera. Después de todo, en el trabajo de campo me vinculé y generé relaciones interpersonales con las personas participantes, sobre todo con las mujeres en general. Por ejemplo, al estar entrevistando o compartiendo charlas informales, ellas mismas me entrevistaban a mí, sobre todo acerca de mi procedencia, del papá de Saíd (mi hijo), mi experiencia durante el embarazo, parto, puerperio, lactancia, uso de métodos anticonceptivos y la crianza misma; a tales cuestionamientos siempre contesté con sinceridad, de esta forma se fue generando un nivel de confianza y convivencia muy cercana con la mayoría de las mujeres.

Cabe señalar que todas las relaciones generadas durante el trabajo de campo tuvieron su particularidad, en algunas de ellas la confianza se gestó más rápido que en otras, generando variaciones entre ambos periodos de campo. Ejemplo de esto, es el caso de una partera que aceptó participar en la entrevista y la realización de distintas visitas cotidianas en su domicilio, sin embargo, durante el segundo periodo de trabajo de campo observé su negativa a continuar participando, lo cual respeté agradeciendo la información y confianza brindada.

Durante la realización del trabajo de campo mi hijo y yo estuvimos residiendo en la casa de Margarita Hernández Filogonio, a quien conocí durante el trabajo realizado en la Huasteca potosina en los años anteriores. Mago es originaria de San José Santiago, actualmente tiene 36 años, es una mujer

indígena perteneciente al colectivo Yankuikkej Sihamej (Casa de las Mujeres); es hablante de la lengua náhuatl, estudió una licenciatura en administración de empresas y es promotora de educación para adultos mayores. Cuando le hice saber del proyecto de tesis y de la estancia en campo, me ofreció hospedaje en su casa, invitación que acepté con mucho gusto.

Cabe mencionar que la compañía y el apoyo respetuoso recibido por Mago y su familia fue clave para la realización del trabajo de campo, ya que Saíd y yo fuimos tratados como miembros más de la familia de forma amorosa y respetuosa.

Por otro lado, la observación participante fue fundamental en ambos periodos de trabajo de campo, ya que al involucrarme en las actividades cotidianas de la mayoría de las mujeres en la localidad, mi relación con muchas de ellas se hacía más cercana, pues mucho del tiempo dedicado al trabajo de campo lo pasé en la cocina participando en actividades como desgranar el maíz, moler, hacer tortillas, hacer y servir comida, lavar trastes, lavar ropa, hacer lonche para mi hijo y llevarlo al precolar, así como participar en las reuniones escolares, en las cuales la mayoría éramos mujeres.

La cocina y el fogón fueron escenarios cotidianos en los que me relacionaba con las mujeres y parteras que me compartieron sus historias de vida, continuamente charlábamos mientras desgranábamos maíz, hacíamos tortillas, tomábamos café o hacíamos arreglos para la clausura de la escuela.

Herramientas de investigación utilizadas durante el trabajo de campo

Encuesta. Con la intención de conocer la información básica sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres nahuas en la localidad de estudio (número de hijos e hijas, prácticas de atención durante el embarazo, prácticas de atención durante el parto, prácticas de atención durante el puerperio y el uso de

métodos anticonceptivos), se aplicaron 36 encuestas⁸ a mujeres que tenían alguna relación de parentesco (madres, tías, hermanas y abuelas) con niños y niñas que asistían a la escuela de educación preescolar. Esto debido a que, como mencioné anteriormente, fue el primer espacio público al cual recurrí para que mi hijo asistiera como oyente a primero de preescolar, con lo que nuestra participación fue cotidiana y facilitó mi estancia en la localidad (Formato de encuesta, anexo 2).

Entrevistas. Antes de la realización de las entrevistas, a cada participante se le mostró el contenido de la guía insistiendo en que contestaran sólo lo que estuvieran dispuestas y dispuestos a compartir; si por alguna razón había preguntas que no quisieran contestar, me lo expresaran y se continuaba con las siguientes.

Al comienzo de cada entrevista agradecí a las personas participantes por su disposición de tiempo y confianza. Todas las entrevistas que se realizaron fueron grabadas bajo el consentimiento de las personas que participaron (excepto tres de las mujeres participantes, ya que coincidieron en que no se sentían cómodas al ser grabadas, a lo cual accedí tomando nota de sus respuestas). Otro de los acuerdos que se tomó en relación al manejo de los datos obtenidos en las entrevistas fue omitir el nombre real y cambiarlo por un seudónimo. Cabe mencionar que todas las personas que participaron en las entrevistas tenían conocimiento previo del proyecto y participaron por voluntad propia.

A pesar de tener guiones para las entrevistas, algunas veces durante su realización se tocaban puntos que no se incluían en la guía y que para las participantes fue importante relatar, respecto a ello se tuvo flexibilidad durante la realización de las mismas. También puedo decir que la información recabada es variada, ya que su profundidad es diversa entre las personas que participaron.

⁸ El cuestionario de la encuesta fue diseñado por mí, la encuesta que apliqué fue retomada íntegramente e inspirada de la encuesta elaborada por la Dra. Lina Rosa Berrio Palomo (2013) en su tesis “Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la costa chica de guerrero”.

Las entrevistas se realizaron al partero y las parteras tradicionales, personal médico y de enfermería y mujeres que habían tenido la experiencia de embarazo y parto por lo menos una vez en su vida.

Terapeutas médicos tradicionales y biomédicos. Se entrevistó a tres parteras y a un partero tradicional que aún brindan atención a las mujeres durante el embarazo y parto (Anexo 3. Formato de guía para entrevistas con parteras y parteros tradicionales).

Además, se entrevistó a dos médicos y dos enfermeras que laboraban en la clínica del IMSS ubicada en Santiago Centro (Anexo 4. Formato de guía para entrevistas con personal médico y de enfermería).

Sin tenerlo contemplado con anterioridad, se contactó al promotor comunitario y al personal encargado de las capacitaciones e interrelación con las parteras y parteros tradicionales, esta inquietud surgió con las entrevistas realizadas a las parteras y el partero, ya que constantemente se hacía mención de las capacitaciones a las que asistían y de las personas involucradas en dichas actividades. Por esta razón acudí a la Clínica General del IMSS ubicada en el municipio de Zacatipan y solicité la realización de las entrevistas a una médica, un ingeniero y un promotor, todos encargados de la interrelación con parteras, parteros y médicos tradicionales de la región de Tamazunchale. Para estas entrevistas se tomó en cuenta la guía que se realizó para el personal médico y de enfermería, realizando sólo algunas variantes respecto al proceso de capacitación e interrelación con las parteras y parteros tradicionales (Anexo 5. Formato de guía para la entrevista con el personal encargado del programa de interrelación con parteras y parteros tradicionales).

Entrevistas con las mujeres. Se realizaron 15 entrevistas a mujeres nahuas que radican en Santiago Centro y San José Santiago, todas ellas participaron contestando la encuesta aplicada durante el primer periodo de trabajo de campo. El único criterio que se tomó en cuenta para la realización de las

entrevistas fue el interés que mostraron las 15 mujeres por continuar participando en la investigación. La entrevista a profundidad que se realizó a las mujeres participantes tuvo como objetivo conocer sus experiencias en la atención durante el embarazo y parto (Anexo 5. Formato de guía para la entrevista de mujeres respecto a las trayectorias de atención a la salud materna).

Las entrevistas se realizaron generalmente en los domicilios de las mujeres, en su mayoría por la tarde y generalmente en la cocina haciendo algunas actividades como desgranar, moler, preparar la comida. Algunas de las entrevistas tuvieron más de una sesión y la entrevista que duró menor tiempo fue de 30 minutos. Cabe señalar que en su mayoría la información que se presentará a continuación se obtuvo de las entrevistas realizadas, aunque también se incluye información obtenida de la cotidianidad compartida con las mujeres que participaron.

Las mujeres que participaron en las entrevistas realizadas son las actoras principales de esta tesis, sin embargo, muchas de ellas reconocieron el papel que juegan sus esposos o parejas durante la trayectoria que transitan en la atención al embarazo y parto. Aunque no se realizó ninguna entrevista a los esposos de las mujeres que participaron, se reconoce de manera breve su interacción por medio de los discursos de ellas y por algunas charlas informales que pude tener con ellos. Se integran en el análisis aquellos casos que dan cuenta de la manera en la que la relación con sus esposos influye en las decisiones que las mujeres toman durante la atención al embarazo, parto y el uso de métodos anticonceptivos como cierre de la atención a la salud materna. Ante ello, se asume esta posible carencia respecto a la decisión metodológica de no haber realizado entrevistas a los esposos de las participantes.

Uno de los sesgos de esta investigación es mi falta de dominio del idioma náhuatl pues, aunque todas las personas participantes eran bilingües y había algunos momentos en los que se hablaba náhuatl mientras yo estaba presente, generalmente se me traducían. Sin embargo, considero que aprender a hablar una lengua también es una forma de acercarse al conocimiento de la cultura en la que esa lengua está inmersa.

Tabla 1. Trabajo de campo y herramientas metodológicas utilizadas

Periodo de trabajo de campo	Herramienta Metodológica utilizada	Participantes	Total por periodo
Primer periodo octubre a diciembre de 2016	Encuesta	35 mujeres	35 encuestas
	Entrevistas a profundidad	3 parteras 1 partero 2 Enfermeras 2 Médicos 3 personas encargadas de la Capacitación de parteras y parteros tradicionales.	11 entrevistas
Segundo periodo abril a junio de 2017	Entrevistas a profundidad	15 mujeres. Ellas participaron contestando la encuesta.	15 entrevistas
Total			26 entrevistas 35 encuestas

*Fuente: elaboración propia con base en los datos obtenidos en el trabajo de campo en Santiago Centro (2016-2017).

Análisis de datos

La información registrada en el diario de campo se categorizó para ser mostrada en los distintos capítulos de esta tesis. De igual forma, todas las entrevistas grabadas que se realizaron a las personas participantes se transcribieron y se sistematizaron a través de cuadros de categorías para facilitar el análisis del contenido de las mismas.

Las narrativas obtenidas de las 15 entrevistas realizadas a las mujeres permitieron elaborar las trayectorias de atención identificando cuatro momentos puntuales que conforman sus itinerarios, estos momentos son:

- a) El inicio del proceso de embarazo.
- b) El desarrollo del proceso de embarazo y cuidados a los que recurren las mujeres nahuas durante este periodo.
- c) La atención de las mujeres durante el parto.
- d) El uso de métodos anticonceptivos como cierre de sus trayectorias de atención en este proceso reproductivo.

Si bien, en la información obtenida de las entrevistas con las mujeres nahuas, parteras tradicionales, el partero y el personal médico y de enfermería, hubo narrativas que reflejaban situaciones particulares, también existió información que se llevó hasta la saturación teórica dejando claridad en el contenido para el análisis de datos. La saturación teórica es el proceso en el que se lleva a cabo la comparación constante entre las diferentes narrativas obtenidas durante el trabajo de campo, esta comparación permite identificar aspectos aislados y aquellas coincidencias que conforman elementos estructurales de la realidad social estudiada. Para D. Bertaux (1980) la saturación teórica es aquel proceso que responde a

la validez científica en las ciencias sociales, pasando de la observación de prácticas y discursos regulares que permitan establecer rasgos estructurales.

Partir del análisis de los modelos médicos propuestos por Menéndez como un instrumento metodológico que nos permite entender los sistemas de conocimiento, da la pauta para apoyarnos en la propuesta relacional como una aproximación teórico-metodológica necesaria para esta tesis, ya que:

Un aspecto que debe ser subrayado, y que es básico para explicar determinadas características del saber popular respecto del proceso salud/enfermedad/atención, es que la descripción y el análisis del campo relacional deben tomar en cuenta las características “propias” de cada una de las partes, pero sobre todo deben enfocar su mirada sobre el sistema de relaciones construidas, que constituyen una realidad diferente del análisis aislado de cada una de las partes (Menéndez, 1994:74).

La propuesta relacional es de carácter metodológico, por lo cual estuvo presente en el análisis de datos, siendo esta propuesta es adecuada para el análisis de los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención, pues se considera que estos procesos están centrados en las relaciones que se generan entre las actoras y actores sociales durante la atención a la salud. Para el caso práctico de esta tesis, en la atención a la salud materna se evidencian los diferentes tipos de relaciones que existen entre parteras y parteros tradicionales, personal médico y de enfermería; y las mujeres nahuas que acuden a los servicios de atención durante el embarazo y parto, estas relaciones van de la hegemonía, subordinación y resistencia, como se analizará en los diferentes capítulos que conforman esta tesis.

Descripción del capitulado

En el *primer capítulo* se presentan los ejes teóricos que permitirán el análisis de las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto, así como de la interacción entre los modelos médicos a los que tienen disponibilidad. El primer eje es género y salud materna, el

segundo es la propuesta teórica de los modelos de atención desde la perspectiva de la Antropología Médica Crítica. El tercer eje es el análisis de las relaciones de poder y se retoma de forma transversal, con el enfoque particular de la biopolítica como el conjunto de estrategias de control de (hegemonía, subordinación y resistencia) que se generan entre actores y actoras sociales involucradas en la atención a las mujeres durante el embarazo y parto.

En el *segundo capítulo* se muestra una descripción etnográfica del contexto local con el fin de identificar aquellos aspectos centrales que conforman el sistema sociocultural sobre el cual se entretienen los estereotipos de género que subyacen en las creencias sobre maternidad y a la organización social en torno a la atención de la salud en Santiago Centro.

En el *tercer capítulo* se desarrolla el análisis de las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia que existen entre parteras, parteros tradicionales y el personal de salud en la atención de las mujeres durante el embarazo y parto, por medio del análisis de los discursos ocultos y públicos, tomando como marco de referencia lo establecido por el IMSS-Prospera⁹.

En el *cuarto y último capítulo* de esta tesis se realiza el análisis de las trayectorias de atención que recorren las mujeres nahuas durante el embarazo, parto y el uso de métodos anticonceptivos como cierre de cada evento reproductivo. Todo esto con la intención de identificar en las trayectorias de atención de las mujeres nahuas aquellas prácticas de hegemonía, subordinación y resistencia que se generan en un contexto de pluralidad médica.

⁹ Es un programa de salud del Gobierno Federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ofrece servicios de salud a la población no protegida por los sistemas de seguridad social, especialmente en zonas rurales donde el Programa se constituye en el referente para la atención a la salud, desde una perspectiva comunitaria, lo que contribuye a la inclusión social y a hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud”. Reglas de operación publicadas en el diario oficial del 26 de diciembre del 2017.

CAPITULO 1. HEGEMONÍA, SUBORDINACIÓN Y RESISTENCIA: GÉNERO, SALUD MATERNA Y MODELOS DE ATENCIÓN.

Las categorías teóricas son históricas, por lo tanto, están referidas a procesos sociales específicos, y es en los contextos particulares donde se concretan; que una teoría pone a prueba fuerte a cada investigación, y que solo ésta y la práctica le mantienen su validez
Teresita de Barbieri

Abordaje teórico

El marco teórico que me permitirá realizar el análisis de las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto, así como de las relaciones de poder que se manifiestan en ellas, está compuesto por tres ejes que guiarán la discusión teórica. Los dos primeros ejes se abordarán de forma puntual, el primero de ellos es el enfoque de género y salud materna, el segundo está dirigido al abordaje de la Antropología Médica Crítica para analizar las interacciones existentes entre los modelos de atención a la salud materna y dar cuenta de las trayectorias de atención de las mujeres. Por último, el tercer eje se abordará de forma transversal ya que el análisis de las relaciones de poder enfocadas en las prácticas de hegemonía, subordinación y resistencia son parte del fundamento teórico que proponen las categorías de género y de los modelos de atención, categorías que se contemplan en los dos primeros ejes.

1.1 Género como categoría de análisis

Los estudios de género nacen con la intención de evidenciar la desigualdad histórica vivida por las mujeres, ya que esta condición de desigualdad había sido naturalizada e invisibilizada por las ciencias en general y sobre todo en los estudios médicos, sociológicos, antropológicos e históricos; en todos ellos el sesgo de género ha sido una característica constante.

Los primeros estudios estuvieron dedicados al análisis de la vida cotidiana de las mujeres y la condición de subordinación histórica, aunque estos aspectos fueron necesarios, no eran suficientes para explicar de forma sistemática esta condición. Así se comenzaron a realizar estudios en donde el análisis de la división sexual de los trabajos cotidianos y los roles sociales en determinados contextos fueron articulando los elementos necesarios para llegar a la definición de una teoría sexo-genérica.

El sistema sexo-género es definido por Gayle Rubin (1986) como aquel sistema de relaciones sociales que transforma la sexualidad biológica en los productos de actividad humana, en el que se encuentran las resultantes necesidades sexuales históricamente específicas.

Desde los años noventa a la fecha, diferentes feministas (Judith Butler 1990; Rosi Braidotti, 1994) han complejizado el concepto de género y lo han traspasado más allá de la definición que apela a la dicotomía naturaleza-sociedad, sexo-género, tomando en cuenta que la categoría de sexo no está afuera de las construcciones sociales. Así, podemos seguir a Mari Luz Esteban cuando dice que “son las desigualdades sociales –el género– las que interpretan y explican las diferencias biológicas –el sexo– de una determinada manera, y no al revés, como se piensa habitualmente” (2006:14).

Teresita de Barbieri (1993) identifica dos perspectivas desde las cuáles se realizan estudios de género, en la primera se percibe el género como un sistema jerarquizado por estatus o prestigio social y en la segunda perspectiva se postula que en los sistemas sexo-género se gestan relaciones de poder que resultan de los conflictos sociales, en los cuáles las mujeres son generalmente las menos favorecidas, en esta perspectiva el análisis contextual es primordial. Para esta tesis es prudente retomar la segunda

postura, ya que permite el análisis de las relaciones de poder que intensifican las desigualdades fundándose en los roles y estereotipos de género.

A razón de esto, cuando se habla de estereotipos de género, nos referimos al conjunto de construcciones sociales que refuerzan la desigualdad social no sólo entre hombres y mujeres, sino entre los sectores sociales más desfavorecidos donde la clase social, la etnicidad, la pobreza, los grupos etarios, profundizan las inequidades entre los géneros. Los estereotipos sociales no son estáticos, ya que cambian de una sociedad a otra, incluso a lo largo del tiempo en el mismo conjunto social.

Los roles de género son el conjunto de actividades y habilidades que socialmente son atribuidas a cada sexo. Estas se socializan y corporizan en la cotidianidad contribuyendo a la normalización del ejercicio de esas tareas y su distribución sexual. Muchos de los roles de género contribuyen a la desigualdad entre mujeres y hombres.

Henrietta Moore afirma que existe una corporeización de los estereotipos de género “la fuerza de los estereotipos de género no es sencillamente psicológica, sino que están dotados de una realidad material perfecta, que contribuye a consolidar las condiciones sociales y económicas dentro de las cuales se generan” (Moore,1999: 53).

Muchos de los estudios actuales de género que se han realizado por algunas feministas, incluyendo las latinoamericanas, han sido trabajos críticos de las posturas hegemónicas, por lo que han desarrollado metodologías adecuadas a los contextos particulares. Por ejemplo, en el siguiente apartado se abordará la interseccionalidad de la categoría de género que propone la vinculación de distintas categorías como veremos a continuación.

El análisis interseccional de género, clase y raza es una herramienta que facilita el entendimiento de las diferentes formas en que la categoría de género se entreteje con otros elementos como la etnia, la clase social, entre otras y contribuyen a experiencias particulares de privilegio y opresión. Esta mirada

es necesaria para la realización de esta tesis, ya que permite analizar el complejo entrettejido que arman las categorías como género, etnicidad, clase social, y cómo estas se reflejan en las trayectorias de atención que transitan las mujeres nahuas durante el embarazo y parto. Raquel (Lucas) Platero plantea que:

La interseccionalidad se puede entender como un estudio sobre las relaciones de poder, que incluyen también vivencias que pueden ser señaladas como “abyectas”, “pertenecientes a los márgenes” o “disidentes”. Sin embargo, también sirve para teorizar el privilegio y cómo los grupos dominantes organizan estrategias de poder (conscientemente o no) para preservar su posición de supremacía (2014: 82).

En esta tesis se tomará en cuenta la categoría de género desde la interseccionalidad para evidenciar aquellas relaciones de poder manifestadas en las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto en un contexto de pluralidad médica, tomando en cuenta que la relación que tienen la categoría de género, etnicidad y la edad no pueden verse de forma separada, pues el conjunto de ellas generan condiciones particulares en las que se encuentran insertas las mujeres nahuas en la atención durante el embarazo y parto.

Cabe mencionar que existen estudios desde la teoría feminista que muestran la importancia de esta mirada interseccional, y para comprender la interrelación que se genera entre modelos de salud dedicados al seguimiento y atención de la salud materna y las mujeres que se encuentran en el proceso de embarazo y parto, en un contexto indígena, el análisis interseccional será fundamental.

Siguiendo a Raquel (Lucas) Platero cuando afirma que:

El análisis interseccional simboliza y materializa la necesidad de superar la conceptualización del sujeto único, universal y homogéneo –tal y como se produce en las perspectivas más positivistas sobre la producción del conocimiento–, en favor de la consideración de un sujeto plural, complejo, atravesado y, por tanto, interseccional. La producción del conocimiento requiere de todo tipo de herramientas que permitan aprehender la tarea del análisis crítico, donde se pueda dar cuenta del carácter complejo y enmarañado de los problemas sociales, tanto a nivel de los sujetos como a nivel estructural, como señalaría la misma Kimberly Crenshaw (2014:89).

En este mismo sentido, Mari Luz Esteban afirma que: “Debemos tener siempre en cuenta que el colectivo de mujeres no forma un todo homogéneo, y que los problemas de salud varían en función de la clase social, raza, etnia, situación económica, nacionalidad, edad, profesión” (2008:156).

Al respecto estoy de acuerdo, ya que la autora, de forma muy clara, introduce en la discusión la imposibilidad de ver a las mujeres como un colectivo generalizado (descontextualizado y ahistórico), pues existen condiciones particulares que se deben tomar en cuenta para las investigaciones, generación de políticas públicas y la atención médica misma, ya que tanto los problemas de salud como otras necesidades de atención y seguimiento médico muchas veces dependen del género, etnia, situación económica y la vinculación entre las categorías.

Así, puedo decir que en esta tesis se pretende romper con la generalización de la identidad de “la mujer indígena” homogenizada, mostrando las distintas variantes de estas identidades que se podrán observar a lo largo de la tesis, manifestándose de forma específica en las trayectorias de atención de las mujeres nahuas en el capítulo 4.

1.1.2 Salud de las mujeres y género.

En el abordaje teórico de esta tesis es importante hacer la vinculación de la categoría de “género” con la salud de las mujeres, ya que distintas condiciones sociales que viven las mujeres son vinculantes con los problemas de salud y el acceso a los servicios de la atención de la misma. Así puedo decir que la categoría de género nos da la posibilidad de poner sobre la mesa las desigualdades en materia de salud a las que se enfrentan las mujeres. De acuerdo a lo anterior, Marcela Lagarde afirma que:

La situación vital conformada por el género, la edad, la generación, la clase social, la etnia y la nacionalidad determinan la posición social de las mujeres en el mundo y su acceso a recursos y oportunidades. Las relaciones personales y las relaciones de poder en que participan las mujeres desde su situación vital tienen un impacto definitivo en su estado de salud (1997:15).

Cuando hablamos de la salud de las mujeres, aspectos como el contexto comunitario, y la condición genérica y social van generando ciertos entramados en los cuales las mujeres están inmersas, ya que los servicios con los que cuenta la región, la ubicación geográfica, las prácticas médicas locales, las condiciones de la vivienda, el rol socialmente designado para las mujeres, entre otros aspectos, irán conformando las posibilidades y opciones que las mujeres tienen para el cuidado de su salud.

También es importante señalar el entendimiento de la salud de las mujeres como un proceso dinámico que condensa las experiencias vividas en el pasado y el presente, experiencias que están teñidas de aspectos personales e “individuales”, sin olvidar que están enmarcados en un contexto socio-histórico particular (Lagarde, 1997).

El “ser para otros” como una característica que se les atribuye a las mujeres, es un claro ejemplo de cómo se han corporizado los roles de género que fortalecen las desigualdades entre hombres y mujeres. Esta condición puede poner a las mujeres en una encrucijada a la hora de tomar decisiones sobre su cuerpo en la atención durante el embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos como cierre del evento reproductivo.

Cuando hablo del “ser para otros” me refiero a la exigencia social que se atribuye a las mujeres como cuidadoras de otros, pueden ser los hijos e hijas, enfermos, padres, esposo, etcétera. Esta característica atribuida a las mujeres como cuidadoras de la salud, economía y demás aspectos e integrantes de la familia, donde se antepone de forma prioritaria el cuidado hacia los demás, dejando en segundo término el cuidado de sí misma. Siguiendo a Lagarde cuando afirma:

El uso del tiempo principal de las mujeres, de sus mejores energías vitales, sean afectivas, eróticas, intelectuales o espirituales, y la inversión de sus bienes y recursos, cuyos principales destinatarios son los otros. Por eso, las mujeres desarrollamos una subjetividad alerta a las necesidades de los otros, de ahí la famosa solidaridad femenina y la abnegación relativa de las mujeres. Para completar el cuadro enajenante, la organización genérica hace que las mujeres estén políticamente subsumidas y subordinadas a los otros, y

jerárquicamente en posición de inferioridad en relación a la supremacía de los otros sobre ellas (2003:3)

Carme Valls Llobet, (2010) habla de la morbilidad diferencial refiriéndose a aquellas enfermedades o factores de riesgo que merecen procedimientos y tratamientos especiales para las mujeres, éstas pueden ser malestares o síntomas más predominantes en las mujeres o por alguna diferencia biológica, como puede ser la menstruación, aborto, embarazo, parto, puerperio y menopausia.

La misma autora menciona que las ciencias médicas no han escapado del sesgo de género que se ha producido por la desigualdad entre hombres y mujeres, así, estas últimas han quedado invisibilizadas también en las ciencias médicas. La autora destaca que la biomedicina aplica las mismas tres reglas que ha generado el sistema patriarcal sobre el cuerpo de las mujeres, y las enumera de la siguiente forma:

1. Naturalización de la diferencia sexual como inferioridad, dejando como natural el hecho de que lo masculino está unido a la agresividad, al poder y a la dominancia, frente a la pasividad, sumisión y debilidad de lo femenino,
2. Fragmentación del cuerpo y de la experiencia. La relación con la asistencia sanitaria acaba diluyendo la experiencia, fragmentando los cuerpos y aplicando tratamientos para los síntomas a veces incompatibles entre sí. Nada más lejos de la visión del cuerpo como organismo en el que todo está en relación.
3. Objetivación de los sujetos. Las mujeres, y bastantes hombres, pasan a ser objetos de mercado para ser poseídas y manipuladas a través de cosméticos, la cirugía, la industria de la moda y medicalizaciones varias (Valls Llobet, 2010).

En este sentido la objetivación de los cuerpos de las mujeres es traducida a las diferentes intervenciones medicalizantes en distintas etapas de su vida, siendo durante el embarazo y parto los momentos en los cuales se agudiza el control de sus cuerpos, implicando control también sobre los conocimientos y prácticas locales de atención a la salud materna.

1.1.3 Salud materna y género

El concepto de salud materna, según la Organización Mundial de la Salud, abarca todos los aspectos de la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el posparto. Por lo tanto, a través de las trayectorias reproductivas se logrará analizar las prácticas a las que recurren las mujeres durante el embarazo y parto para poder entender los factores socioculturales que acompañan las prácticas y decisiones tomadas en este trayecto. A razón de esto, autoras como Joanne Leslie, Rubin –Kurtzam y Ana María Goldani (2001) esquematizan el concepto de la salud de la mujer, evidenciándola como una esfera que abarca la salud reproductiva y la salud materna.

En la vinculación de la salud materna con la categoría de género, es necesario evidenciar que aquellos constructos sociales que determinan las conductas de las mujeres y los hombres en un contexto específico, tejen condiciones particulares que van determinando aquellas formas en las que las mujeres experimentan la atención durante el embarazo y parto. Al respecto Ivonne Szasz expresa que:

La construcción de la identidad femenina se centra precisamente, en la maternidad. La definición de lo femenino como “un ser para otros” y del cuerpo de mujer como un “cuerpo para otros” tiene importantes implicaciones para la autoestima, la valoración social y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones y actuar en su propio beneficio en el cuidado de su cuerpo, su vida, su salud y su bienestar (1995:14).

De acuerdo con lo anterior, “el ser para otros” como una condición que se le atribuye a las mujeres, es un claro ejemplo de cómo se han corporizado los roles de género que naturalizan ser mujer con el hecho de ser madre.

Así teóricas feministas como Haris y Young (19779), Lagarde (1993) han realizado estudios cuestionando la naturalidad de la feminidad, comenzaron debatiendo sobre la maternidad vista como una

pieza clave en la distribución sexual del trabajo, sustentada por las relaciones de poder que subordinan a las mujeres.

Ángeles Sánchez Bringas (1996) a través de un ensayo nos invita a reflexionar sobre tres líneas de investigación que se desprenden de diferentes estudios feministas generados desde la década de los setentas con el objetivo de debatir y generar propuestas que contribuyan al campo de estudio de las maternidades. Las tres líneas de investigación son:

- a) **Maternidad como un constructo social producto de la cultura patriarcal.** Desde esta óptica la maternidad es vista como el centro fundamental de la identidad genérica de las mujeres, así se puede decir que las mujeres están destinadas a alimentar, cuidar, sostener y proteger a otros (llámense hijos, hijas, esposo, enfermos, entre otros)¹⁰. Las investigaciones realizadas desde esta postura sostienen que existe una continuidad que engarza la categoría del ser hembra-mujer-madre vista desde una postura del macho-hombre-padre. Esta postura toma en cuenta el ejercicio de la maternidad desde los aspectos de sometimiento generados del sistema patriarcal¹¹.
- b) **La Maternidad y la cultura de mujeres.** Los trabajos incluidos en esta vertiente¹² sitúan el papel de las mujeres en un lugar de ambivalencia, contradicción y diversidad. Aunque esta línea de investigación no niega la división sexual del trabajo y las relaciones genéricas, no se centra en estas perspectivas de interpretación. El núcleo de los trabajos generados desde esta línea de investigación propone la existencia de un conjunto de símbolos femeninos que conforman la creatividad cultural de las mujeres en el ejercicio de la maternidad.

¹⁰ Refiriéndose al concepto de “ser para otros” Marcela Lagarde (1993) que ya ha quedado abordado en este capítulo.

¹¹ Se entiende por sistema patriarcal al régimen en el que “las relaciones sociales sexo-políticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intragénero instaurado por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva, oprimen a las mujeres también en forma individual y colectiva y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, ya sea con medios pacíficos o mediante el uso de la violencia”(Fontanela 2008).

¹² Situadas en esta línea investigativa sobre maternidad se encuentran los trabajos que debaten con el psicoanálisis, proponiendo un mundo simbólico desde lo femenino.

- c) **La conformación cultural heterogénea de la maternidad**, esta línea propone el análisis empírico que privilegia los contenidos culturales heterogéneos que giran en torno a la maternidad y propone romper con los universalismos que explican la continuidad entre hembra-mujer-madre-femenino. Esta línea busca significados culturales relacionados con ejercicio de la maternidad. Por ejemplo, Soledad González (1994) señala en una de sus investigaciones que los tiempos y espacios culturalmente adecuados para mujeres que viven en contextos rurales involucran actividades productivas que benefician directamente al ámbito familiar.

Las líneas de investigación descritas por Bringas (1996), muestran los objetivos y límites que existen entre una y otra propuesta, aunque esta clasificación nos ayuda a entender las diferentes posturas teórico-metodológicas que surgen en los estudios de género vinculados a la maternidad. A razón de esto, me permito comentar que existen contextos, como el de Santiago Centro, que están conformados por elementos socioculturales que permiten combinar estas líneas de acción para explicar ejercicio de la maternidad, desdibujando los límites existentes entre una y otra línea.

Por esta razón sugiero centrar el ejercicio de la maternidad nutriéndolo desde los datos empíricos heterogéneos, sin perder de vista que están situados dentro del sistema patriarcal. Es decir, esta propuesta está ubicada entre la primera línea de investigación y la tercera, pues considero que el ejercicio de la maternidad es una conformación cultural heterogénea que se encuentra inserta en un sistema patriarcal. Si bien, el estudio de la maternidad de las mujeres nahuas no es el tema central de esta tesis, este debate se abordará como un elemento contextual necesario para entender las trayectorias que las mujeres nahuas recorren en la atención durante el embarazo y parto.

Para Marcela Lagarde “La salud como experiencia vital en la convivencia, en la sociedad y en el Estado, se ha evidenciado como un ámbito de poder y dominación de género” (1997:21). A razón de esto, muchas de las prácticas biomédicas están destinadas a controlar los cuerpos, más aún el cuerpo de las mujeres, sobre todo en la atención durante el embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos. En

este caso, me atrevo a dejar en último lugar el uso de métodos anticonceptivos, porque en las trayectorias de las mujeres que participaron en esta investigación, el proceso de atención biomédica está conformada por un ciclo que empieza en la atención y seguimiento de las mujeres durante el embarazo, continúa con la atención hospitalaria del parto, que incluye la firma del consentimiento de la ministración de algún método anticonceptivo –siendo el DIU el más disponible–, ya que en muchas ocasiones con esto es condicionada la atención de las mujeres en el momento del trabajo de parto. Así es como otorgada la atención médica durante el alumbramiento, termina con la colocación del método anticonceptivo que en su mayoría es el DIU. Se profundizará al respecto en el capítulo 4.

Existen diferentes sesgos de género que se manifiestan en la atención médica de las mujeres y la investigación en ese campo, profundizando en la invisibilidad de las mujeres que las ciencias médicas han tenido a través de la historia y cómo los cuerpos de las mujeres son controlados, sobre todo en aspectos biológicos vinculados a la reproducción. Este análisis es sustancial para poner sobre la mesa la neutralidad con la que se ha catalogado al ejercicio de la medicina en todos sus ámbitos (Lagarde 1997).

Si bien es cierto que el sistema de salud biomédico centraliza la salud de las mujeres en las esferas de la reproducción enfocándose en la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos inmediatamente después del parto, lo que muchas veces reduce la atención médica a la salud materna; también sucede que ésta se prioriza desde la medicalización y control de las decisiones y cuerpos de las mujeres.

Cabe señalar que cuando se habla del control de los cuerpos de las mujeres durante la atención al embarazo y parto debemos tener en cuenta la interseccionalidad de las categorías de etnicidad, clase social, situación económica, ocupación, entre otras, que sin duda dotan de privilegios o aspectos que tienden a desfavorecer según sea el caso. Por ejemplo, no es lo mismo ser una joven que vive en la ciudad, ser universitaria, tener acceso a información sobre salud sexual y reproductiva y la posibilidad de atención médica privada, a ser una mujer joven, nahua, que está inscrita en el Programa Prospera-

Oportunidades, que sólo tiene acceso a la atención médica en el hospital regional y que tuvo que dejar de estudiar para buscar empleo. Si bien el mecanismo de control es la medicalización de los cuerpos de las mujeres, éste no se vive ni impacta de la misma forma cuando las categorías que se entrecruzan generan desigualdad.

Esta tesis se enfoca en el análisis de las trayectorias de atención de la salud que transitan las mujeres nahuas durante el embarazo y parto, teniendo presente que muchas de las acciones gubernamentales promueven la salud materna están encaminadas y diseñadas para la prevención de la mortalidad materna, sobre todo en regiones rurales e indígenas. Estas políticas de salud han conformado distintas estrategias gubernamentales que se promueven para incrementar la cobertura de la atención biomédica de las mujeres durante el embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos como cierre del evento reproductivo en los hospitales.

Esas iniciativas gubernamentales también han promovido el control y en algunos lugares, el desprestigio de la atención que brindan las parteras y parteros a las mujeres de la localidad, en razón de la disminución de la mortalidad materna. En el siguiente apartado se retomarán distintos postulados teóricos que nos ayudarán a dar cuenta de los diferentes modelos de atención y las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia que se pueden observar en las trayectorias de atención que transitan las mujeres durante el embarazo y parto.

1.2 Antropología Médica Crítica

La Antropología Médica es una subdisciplina de la Antropología que basa sus esfuerzos en comprender el proceso de salud-enfermedad-atención-prevención (en adelante será s/e/a/p) partiendo de aspectos sociales y culturales teniendo como objetivo el estudio de los diferentes sistemas, creencias y prácticas que giran en torno al proceso de s/e/a/p (Moreno D. 2000).

En la Antropología Médica existen distintas perspectivas teóricas como lo son la etnomedicina, antropología biológica, antropología médica clínica e interpretativa, antropología crítica, entre otras. Sin embargo, pese a las diferencias, estas perspectivas parten del objetivo de comprender:

[...] los fenómenos de salud-enfermedad-curación como el resultado de la articulación de la ecología, la biología y la cultura, es decir, como un proceso que debe entenderse de manera holística dentro de un contexto de diversidad biológica y cultural de los seres humanos (Gómez 2013:35).

Esta tesis se apega a la propuesta teórica de la Antropología Médica Crítica (en adelante AMC) porque permite el análisis macrosocial en los procesos de s/e/a. En razón de esto, Gómez Cardona (2013) afirma que la AMC sitúa y cuestiona las relaciones de poder que reproducen subordinación y a su vez desigualdad social.

La AMC brinda una serie de fundamentos teóricos que cuestionan las relaciones de poder, sin perder de vista la experiencia subjetiva propuesta por la corriente interpretativa de la Antropología Médica, como se puede ver en los modelos interpretativos que propone Kleinman (1980) entre terapeutas y pacientes analizados desde una perspectiva culturalista. Cabe señalar que desde esta propuesta teórica se realizaron diferentes trabajos en la década de los 70's, los cuales carecían del análisis centrado en las relaciones de poder que se generaban entre actores sociales involucrados en la práctica médica (Martínez 2008). Pese a las críticas de la corriente interpretativa, sus aportes conforman las bases de la enfermedad como experiencia dándole cabida a categorías conceptuales como el sufrimiento social y el cuerpo.

Los aportes de la AMC permiten identificar aspectos socioculturales en la atención a la salud y contempla en su agenda la integración de sistemas alternativos médicos en ambientes culturalmente diversos y los impactos de la medicina hegemónica y sus tecnologías biomédicas en ambientes donde conviven otros sistemas de salud construidos desde el conocimiento local. Es desde esa mirada concreta que se enmarcan las categorías y el análisis de las trayectorias de atención médica en el contexto de Santiago Centro.

En términos metodológicos Menéndez (2003) muestra la importancia de conocer las prácticas de atención a través de los sujetos sociales que transitan el proceso denominado s-e-a-p, designándolas trayectorias de atención, carrera del paciente, carrera del enfermo.

Cuando se menciona el concepto de trayectorias de atención en esta tesis, se hace referencia al recorrido realizado por las mujeres en la atención al embarazo y parto. Este recorrido está compuesto por un conjunto de emociones, relaciones y decisiones que conforman su experiencia durante el tránsito reproductivo, es así como, a través de los recorridos itinerantes que las mujeres hacen en la atención médica durante el embarazo y parto, se refleja un conjunto de prácticas de atención, relaciones y conocimientos que están en permanente interrelación. Así, puedo decir que cuando hablo de trayectorias pretendo visibilizar la complejidad de las prácticas, reacciones y decisiones que experimentan las mujeres dentro de un determinado contexto.

Desde la Antropología, las trayectorias son construcción de experiencias de un sujeto y su grupo a lo largo de una etapa, un ciclo o una vida. En este tránsito las personas van tomando decisiones, adquiriendo experiencias y acumulando conocimientos; también sometándose a las certezas, pautas y dominios que ciertos modelos, instituciones y eventos van aportando, así como enfrentándose y deshaciéndose de aquellos que se interponen (Leyton, Valenzuela, 2016:1).

El análisis de las trayectorias que transitan las mujeres nahuas está enmarcado en un contexto de pluralidad médica en el cual existen distintos recursos médicos para la atención a la salud materna, los cuales están enmarcados en los modelos de atención, los cuales se describirán en el siguiente apartado.

1.2.1 Modelos médicos como escenarios de hegemonía, subordinación y resistencia.

Para el análisis de las trayectorias de atención que recorren las mujeres nahuas en un contexto de pluralidad médica, es necesario tomar en cuenta el concepto de modelos de atención que Menéndez explica claramente:

Cuando desde una perspectiva antropológica hablamos de modelos de atención, nos referimos no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado, lo cual implica asumir una serie de puntos de partida que contextualizan nuestro análisis de los modelos de atención (2003:183).

En la interrelación de modelos de atención a la salud materna están implícitos distintos marcos de conocimiento que sustentan cada a uno de los modelos. Menéndez hace una clasificación de diferentes formas de atención a la salud que ha logrado identificar en los estudios realizados en Yucatán y Guanajuato, advirtiendo que estas formas no son estáticas, ni únicas. Definiéndolas de la siguiente manera:

- Atención de tipo biomédica, referente a la que se realiza en el servicio médico del primer nivel y segundo nivel de especialidades para malestares y padecimientos de carácter físico y mental.
- Atenciones de tipo “popular” y “tradicional” que son referidas a través de terapeutas especializados en distintas prácticas como pueden ser curanderas, parteras, hueseras, espiritualistas, chamanas, etc. “Aquí debe incluirse el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos” (Menéndez, 2003:188).
- Atenciones denominadas como alternativas, paralelas o *new age* que incluyen a terapeutas bioenergéticos, sanadores y nuevas religiones curativas (De la Torre y Steil, 2019).
- Atenciones pertenecientes a otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etcétera.
- Atenciones que son centradas en la autoayuda, su característica principal es que estos grupos están dirigidos y organizados por personas que padecieron o padecen la enfermedad o situación específica por la cual prestan sus servicios y ayuda, como los grupos de Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, etcétera.

En la descripción que Menéndez realiza de las diferentes prácticas de atención identificadas a lo largo de sus estudios realizados en Yucatán y Guanajuato, el autor plantea la existencia de distintos modelos de atención a la salud. Los modelos que se retomarán en esta tesis son: el Modelo Médico Hegemónico (MMH), el Modelo Alternativo Subordinado (MAS), en el que se incluyen los sistemas tradicionales *folk* (popular) o étnicos, como puede ser la llamada partería tradicional y el Modelo de Auto-atención (MA), los cuales se definen a continuación:

El MH se define por rasgos estructurales como el “biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los consumidores” (Menéndez 1983:102). A este modelo médico lo conforman tres submodelos, el modelo médico individual, el modelo médico corporativo público y el modelo médico corporativo privado.

En Santiago Centro el submodelo biomédico que opera con mayor frecuencia es el modelo corporativo público que se conforma por las clínicas y hospitales públicos como el IMSS-Prospera/Oportunidades y la Secretaría de Salud. En menor medida se recurre a los modelos médicos privados. En las localidades de Tamán y Tamazunchale se puede tener acceso al modelo médico individual conformado por diferentes consultorios médicos privados. Y el modelo médico corporativo privado principalmente representado por las farmacias Similares y hospitales privados.

Menéndez habla de hegemonía del modelo biomédico retomando el concepto gramsciano de hegemonía, el cual se entiende como el conjunto de aquellos grupos sociales, en los cuales el dominante conforma un liderazgo moral, político e intelectual sobre los sectores subordinados, generando

condiciones para que sus intereses sean interés de la sociedad en general. Gramsci afirma “la formación progresiva de alianzas centradas alrededor de un grupo social determinado” (2011:19)¹³

Así se puede decir que el MMH aspira a la exclusión desde la ideología y aspectos jurídicos de los otros modelos alternativos, esto se observa en las prácticas de apropiación y acciones promovidas por el MMH que generan transformación y control del ejercicio de las prácticas curativas insertas en los modelos alternativos.

En el MAS se incluyen prácticas definidas como “tradicionales” y otras como la acupuntura, herbolaria china y flores de Bach. Por ejemplo, la práctica de la partería tradicional está enmarcada en la llamada medicina tradicional, que pertenece a este modelo.

Si bien, algunas características que define Menéndez (1983) se asemejan a las características definidas por el modelo médico hegemónico, el autor también afirma que con base en las investigaciones realizadas en Yucatán identifica la complementación y subordinación de este modelo ante el modelo médico hegemónico y no la oposición; es decir que en contextos en donde conviven el modelo médico hegemónico y el modelo médico alternativo subordinado, suelen ser utilizados ambos simultáneamente para atender los mismos padecimientos.

El MA lo conforman aquellas prácticas de atención que son realizadas por la misma persona afectada o involucrada en un proceso que requiera atención y seguimiento, o bien, estas prácticas también son realizadas por personas pertenecientes a su grupo de parentesco. Generalmente el primer diagnóstico se realiza en casa utilizando prácticas de auto-atención a la salud. Este tipo de modelo está conformado por prácticas biomédicas y prácticas tradicionales, según sea el entorno social. Por ejemplo, en Santiago Centro las prácticas de auto-atención varían entre la ingesta de aspirina, paracetamol, jarabes para tos, “barridas”, ingestas de infusiones de diferentes plantas, etcétera. En estas prácticas de atención

¹³ Citado en Dora Kanoussi 2001.

a la salud existen jerarquías que detonan subordinación, hegemonía y también prácticas de resistencia. Si bien, el análisis de los modelos de atención se centrará de forma particular en la atención a la salud materna en los capítulos tres y cuatro.

Desde la introducción de esta tesis me he permitido utilizar el concepto de pluralismo médico para definir el contexto local de Santiago Centro respecto a la atención a la salud, específicamente en la atención a la salud materna a razón del objetivo de esta investigación. Sheila Cominsky (1986) fue la primera investigadora en introducir el término de pluralismo médico refiriéndose a la existencia de diferentes sistemas de atención (biomédico, medicina tradicional, auto-atención) en donde las personas eligen dos o tres de ellos para atender el padecimiento en cuestión. La autora también incluye en el concepto de pluralismo médico al proceso en el que los terapeutas incorporan distintos elementos de los otros sistemas de atención a la salud.

Menéndez (2010) define la pluralidad médica como aquella capacidad que tienen los grupos para utilizar indistintamente diferentes modelos de atención a la salud con la intención de buscar posible solución a sus padecimientos.

Si bien, el contexto de pluralidad médica nos remite a la existencia de distintos modelos de atención a la salud en un mismo contexto, esto no excluye las relaciones de poder que se generan entre modelos de atención y terapeutas dedicados a la atención de la salud. Autores como Menéndez (1999) y su equipo han problematizado las relaciones de poder que existen en los modelos médicos, donde el papel hegemónico lo juega el modelo biomédico¹⁴ que detona el control sobre los cuerpos. Es pertinente dirigir esta discusión tomando en cuenta el concepto de biopolítica, el cual Foucault define como el conjunto de “relaciones estratégicas entre individuos o grupos, y que recurren, según el marco

¹⁴ “Modelo biomédico es el modelo de atención sanitaria que responde a interpretaciones clínicas y biológicas del fenómeno y la problemática en salud” (Oyarzun Neuman sf). Este modelo se basa en la evidencia científica, análisis clínicos y descubrimiento de la anatomía patológica. En la clasificación que realiza Menéndez (1983) sobre los modelos de atención a la salud, designa al modelo biomédico como el modelo médico hegemónico.

institucional en que se desarrollan, los grupos sociales o según los procedimientos y técnicas a diversos métodos de regulación” (1999:255).

Foucault consideraba que: “para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (1974:5). Así se reconoce que el papel del modelo médico hegemónico es fundamental en las acciones gubernamentales impulsadas desde la biopolítica, pues es a través de esta disciplina médica que se tiene control sobre la población, los cuerpos y los procesos biológicos que generan en ellos, conformando diferentes efectos disciplinarios y de regulación (Foucault 1999).

A razón de esto, el cuerpo es el acceso directo para controlar la vida cotidiana, es así como el Estado comienza a focalizar acciones gubernamentales, por ejemplo, para el control de la natalidad y mortalidad.

En las relaciones de poder está implícita la disciplina y la normalización, que Foucault define: la disciplina es la organización de conductas, códigos o acciones adoptadas y ejecutadas de manera continua como método para alcanzar un objetivo. Mientras que la normalización es el resultado del proceso disciplinar, visible o encubierto, que encausa a los individuos y los lleva a naturalizar un hecho o una situación como aceptable, considerándola fuera de un marco de imposición (Foucault, 1998: 175-198).

Para Michael Foucault (1984) la sociedad disciplinaria es aquella que se caracteriza por echar a andar un conjunto de reglas y procedimientos que deben ser obedecidos, la disciplina como dispositivo de control tiene como función la vigilancia, clasificación y el castigo, este último, más que estar ligado a la represión explícita, está relacionado con jerarquizar, comparar y homogenizar a los individuos; estas acciones conforman el proceso de normalización. El filósofo francés realiza una revisión histórica respecto al pasaje de las sociedades disciplinarias a las sociedades de control.

En las sociedades de control se incrementan los dispositivos de disciplinamiento y normalización que permean las acciones cotidianas, ahora los mecanismos del gobierno suelen ser más “democráticos” partiendo de la distribución de los comportamientos de inclusión y exclusión social a través de los cuales se gobierna a las poblaciones. El poder ejercido en estas sociedades es cada vez más funcional y se da desde el anonimato.

De esta forma, la normalización y disciplina, sustentadas en el discurso médico hegemónico totalizante, se manifiestan en el control de los cuerpos de las personas y exclusivamente al cuerpo de las mujeres durante el embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos, en donde el discurso y la práctica biomédica protagonizan la atención a la salud materna y evalúan las prácticas médicas que no son pertenecientes a su marco de referencia. Es en el campo de las narrativas de las mujeres, donde se visibilizan las reacciones (subordinación y resistencia) que surgen de la interacción de los actores involucrados en la atención a la salud materna. Siguiendo a Foucault: “El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo” (1974:5).

Para Foucault la resistencia se manifiesta a través de un proceso de creación y transformación permanente, por lo cual los diferentes puntos de resistencia se encuentran insertos en las relaciones de poder. Díaz (2006) en su esfuerzo por analizar los conceptos de poder y resistencia que Foucault expone en sus obras *Vigilar y Castigar* hasta el primer volumen de *Historia de la Sexualidad*. La voluntad de saber, señala que la resistencia descrita por el autor francés en este periodo, “es una respuesta al ejercicio de poder sobre el cuerpo, las afecciones, los afectos, las acciones” (2006:18). Siendo la resistencia un elemento que conforma las relaciones de poder, pues está presente en el tejido social como una especie de fuerza que se resiste al poder de dominación, cuyo objetivo principal es penetrar tanto a nivel individual como social, a través de infiltrarse en la vida misma.

James Scott centra sus esfuerzos teóricos en mejorar la comprensión e interpretación de la conducta política de los grupos subordinados, en el análisis del poder que realiza el autor señala aquellas tensiones y contradicciones que surgen en las relaciones que se generan entre la población privilegiada y los grupos subordinados.

El conjunto de argumentos que dan orden a la interacción entre el ocultamiento y la vigilancia que comprende el ejercicio de las relaciones sociales entre los sectores privilegiados y los grupos vulnerables, ayudará a tener una comprensión de las pautas culturales de la dominación y la subordinación. A razón de esto el autor señala lo siguiente:

“Las exigencias teatrales que generalmente se imponen en las situaciones de dominación producen un discurso público que corresponde mucho a la apariencia que el grupo dominante quiere dar. El dominador nunca controla totalmente la escena, pero normalmente logra imponer sus deseos” (2000:27).

Para Scott, en las relaciones de poder están implícitos los discursos que se manejan de forma oculta y pública, ambos discursos son espacios de poder, pues en el discurso oculto de los grupos subordinados se conforma un conjunto de reacciones que surgen a partir de su propia posición frente al discurso público. En este sentido: “el discurso oculto de los dominadores es igualmente un instrumento para el ejercicio de poder. Este contiene lenguaje, gestos, actos, los límites ideológicos dentro de los cuales funcionan la dominación excluyente del discurso público” (2000:53). Así, se puede decir que el discurso público es aquella imagen que el grupo dominante quiere reflejar de sí mismo.

Scott (2000) identifica que el eufemismo y unanimidad son funciones que conforman el discurso público. La apariencia de unanimidad entre los llamados por Scott, grupos dominantes y grupos subordinados, se refiere a aquellas manifestaciones en las que se supone un consentimiento y acuerdos hablados en donde ambas partes muestran aprobación. Esta aparente superficie armoniosa, diluye la atención de las tensiones que gestan en la interrelación de ambos sectores, pero que si bien continúan existiendo.

Por otra parte, eufemismo es una palabra decorosa que sustituye a otra palabra que suele ser ofensiva o peyorativa, Scott señala que en el discurso público los eufemismos son utilizados para ocultar hechos desagradables, borrando así el uso de la coerción, el autor enlista los siguientes eufemismos seguidos de otros conceptos más directos y sin enmascarar, con el objetivo de observar con detenimiento el uso político, “pacificación por ataque armado y ocupación. Tranquilizar por encierro con camisa de fuerza. Pena capital por ejecución realizada por el Estado” (Scott 2000:79).

Cuando los eufemismos logran insertarse e imponerse sobre los otros términos y formas cotidianas, coloquiales y más directas de referirse a determinado hecho, existe una aceptación del concepto y, mientras este eufemismo no sea cuestionado el Estado y los grupos dominantes, se libran de dar explicación alguna.

El autor también señala que los eufemismos tienen una fuerte carga política y no sólo conforman el lenguaje, pues se pueden presenciar en las ceremonias, rituales y cualquier otro acto que manifieste su dominación frente a los grupos subordinados; por esta razón, mientras no se cuestionen los eufemismos, estos continuarán conformando el discurso público (Scott 2000).

En una sociedad en donde el poder es eufemizado “lo importante es el espectáculo de sumisión, y es en eso precisamente en lo que se insiste. Es casi cualquier proceso de dominación, más importante que el castigo mismo, es el remordimiento, las disculpas, las peticiones de perdón y, en general, las reparaciones simbólicas” (Scott 2000:81).

Después de explicar las funciones del discurso público, es evidente observar la importancia que tiene el evitar cualquier expresión pública de insubordinación, pues ésta refleja una contradicción y tensión que cuestiona la unanimidad y la apariencia del poder eufemizado.

La propuesta de Scott radica en el análisis a través de los discursos ocultos, tanto de la población privilegiada como de los grupos subordinados, en los que se evidencian las contradicciones y tensiones que se generan en las relaciones de poder.

Para Scott “el discurso oculto [...] está constituido por las manifestaciones lingüísticas gestuales y prácticas que confirman, contradicen o tergiversan lo que aparece en el discurso público” (2000:28). Este tipo de discurso no sólo está conformado por quejas manifestadas en espacios cerrados o privados en los que los grupos subordinados se expresan fuera del ámbito público, también se realizan un conjunto de prácticas discretas y específicas que tienen el fin de minimizar y contradecir el discurso público.

En este sentido, el lenguaje del discurso oculto explica las acciones, pero también colabora a construir estas conductas de resistencia. “Sería más exacto concebir el discurso oculto como una condición de la resistencia práctica, que como un sustituto de ella” (Scott ,2000: 226).

Así se puede decir que Scott designa el concepto de infrapolítica para referirse a “la gran variedad de formas de resistencia muy discretas que recurren a formas indirectas de expresión” (2000:44). En el análisis que se realiza en esta tesis respecto a las prácticas de resistencia este concepto es clave. Siguiendo a Scott (2000), cuando señala la importancia de diferenciar entre aquellas formas abiertas y explícitas de resistencia, y las prácticas de resistencia discretas y disfrazadas que conforman el ámbito de la infrapolítica.

Las distintas investigaciones derivadas del análisis de poder propuesto por Scott, ponen especial atención en lo que él llama la capacidad imaginativa de los grupos subordinados, identifica que se hacen uso de espacios reducidos para conversar. A razón de esto, Scott postula:

Es el hecho de que los grupos subordinados han aprendido normalmente en situaciones que no son aquellas muy raras de la confrontación radical donde se arriesga todo contra todo, a disimular su resistencia y su desafío en ritualismos de subordinación que sirven tanto para disfrazar sus propósitos como para darles una puerta de salida por donde evitar las consecuencias de un posible fracaso. No

puedo probar una afirmación de este tipo, pero sí creo que puedo mostrar porque se debería tener en cuenta (2000:147).

El autor también plantea que las prácticas y discursos en torno a la resistencia de los grupos subordinados pueden existir en medida de la socialización y coordinación al respecto, creando espacios sociales herméticos que impiden la entrada a la vigilancia y control de la hegemonía, el acercamiento y estudios de estos espacios nos permitirá entender el proceso de conformación de las prácticas de resistencia. “La idea fundamental es que una subcultura de la resistencia o una contracostumbre es forzosamente un protocolo de la solidaridad entre subordinados” (Scott 2000:148).

En esta tesis es importante retomar el análisis de los discursos ocultos y públicos que se generan en la interrelación de actores involucrados en la atención a la salud materna, así podemos decir que por medio de los argumentos obtenidos de las parteras y parteros tradicionales, personal médico y de enfermería, y las mujeres que transitan los procesos de embarazo y parto; así como del contraste de estos argumentos con los establecidos en los lineamientos que rigen las acciones de capacitación para parteras y parteros tradicionales, además de la atención de las mujeres durante el embarazo y parto realizada por el IMSS-Prospera/Oportunidades, se podrá realizar un análisis de las relaciones de poder que se generan entre actores y actoras sociales durante la atención de la salud materna.

Con el análisis de las trayectorias de las mujeres nahuas se pretende dar cuenta de la complejidad que existe en el tránsito entre modelos de atención a la salud materna, en donde diferentes elementos conforman las condiciones en las cuales las mujeres nahuas están inmersas, los estereotipos de género, los recursos médicos los que tienen acceso, las estrategias implementadas desde la biopolítica en torno a la salud materna y el control del cuerpo de las mujeres, los discursos ocultos y públicos generados entre actoras y actores involucrados en la atención de las mujeres durante el embarazo y parto.

Para conocer y poder situar las trayectorias que transitan las mujeres nahuas durante el embarazo y parto es indispensable el análisis del contexto local que sostiene las condiciones sociales que entretienen

la cotidianidad en la que viven las mujeres nahuas, dicho análisis etnográfico se presenta en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2. CONTEXTO ETNOGRÁFICO DE SANTIAGO CENTRO, MUNICIPIO DE TAMAZUNCHALE

El embarazo y el parto como procesos biológicos se viven en los cuerpos de las mujeres están permeados por un entramado complejo de aspectos socioculturales que determinan las prácticas de atención y cuidado de las mujeres. Por esta razón, los procesos de embarazo y parto son hechos sociales, en cada sociedad existen normativas que van determinando las prácticas y las experiencias de las mujeres durante el embarazo y parto.

Este capítulo tiene el objetivo de describir el contexto local para identificar aquellos aspectos centrales que conforman el sistema sociocultural en el cual se entretienen las creencias sobre maternidad, los estereotipos de género y por supuesto, cómo en dicho contexto se configuran las opciones diversas de trayectorias de atención de las mujeres nahuas durante el embarazo, parto y el uso de métodos anticonceptivos como cierre del evento reproductivo.

Para fines del objetivo de esta investigación, el uso y elección de métodos anticonceptivos a los que recurren las mujeres nahuas se analizará como parte del último momento de las trayectorias que transitan las mujeres durante la atención a la salud materna. Si bien, en las entrevistas se explora sobre la información y uso que ellas tienen sobre métodos anticonceptivos antes del embarazo, una constante al respecto fue que el uso de la anticoncepción generalmente se comienza después del primer parto, aunque existen excepciones, esta información coincide con otros estudios realizados (Berrio Palomo 2013). Información que se profundizará en el capítulo cuatro.

La descripción del contexto local que se presentará en este capítulo, se hace en tres momentos, el primero de ellos abarca información sobre la ubicación geográfica de Santiago Centro, municipio de Tamazunchale, aspectos generales del contexto como servicios con los que cuenta la localidad,

organización social y cargos comunitarios, el segundo momento muestra seis viñetas etnográficas que reflejan la vida cotidiana y festiva, poniendo en el centro las actividades y roles que desempeñan las mujeres nahuas. En el tercer momento se da a conocer la organización social que existe en Santiago Centro en torno a la atención de la salud y los modelos médicos que conviven en la localidad.

2.1 La Huasteca Potosina

El estado de San Luis Potosí cuenta con cuatro áreas que lo conforman: zona Centro, zona Altiplano, zona Media y zona Huasteca. A su vez, la Huasteca potosina está dividida por tres áreas geográficas: Centro, Norte y Sur. En estas zonas se identifica la presencia de tres grupos étnicos: Nahuas, Tenek y Xi'úi o Pame.

La población nahua está presente en los municipios de Axtla de Terrazas, Matlapa, San Martín Chalchicuátla, Tampacán, Coxcatlán, Tamazunchale y Xilitla. En su conjunto estos municipios conforman la zona sur de la Huasteca potosina. Según el Censo de Población del 2010, el náhuatl es la lengua indígena que más se habla en el estado, contando 141, 326 habitantes que son hablantes de dicha lengua materna.

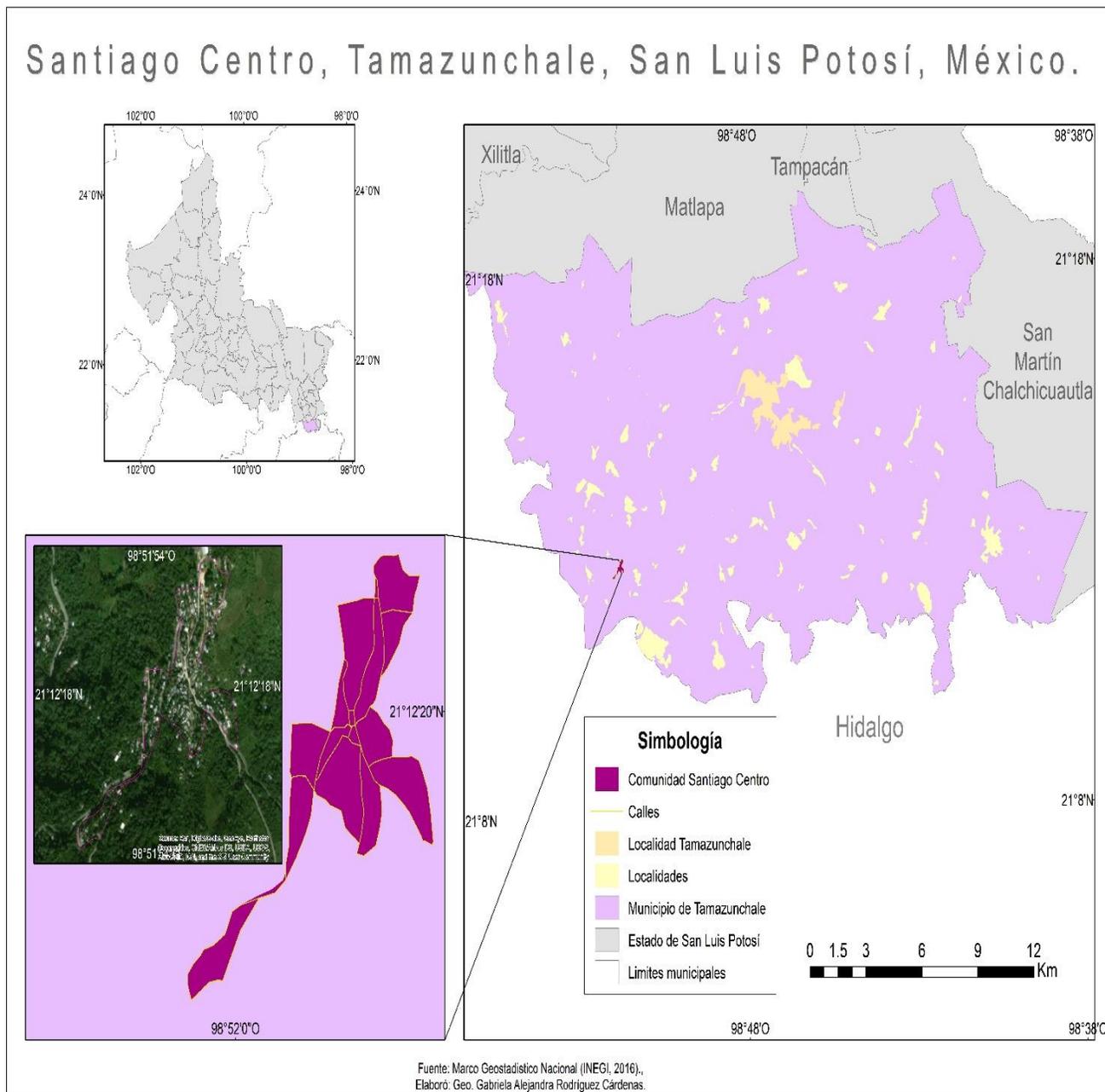
2.2 Santiago Centro. Ubicación Geográfica

Santiago Centro es una localidad perteneciente al estado de San Luis Potosí situado en el municipio de Tamazunchale justo en la zona sur de la Huasteca del estado. Tiene una altitud de 733 metros y colinda con el estado de Hidalgo (Ver mapa 1).

A la localidad de Santiago Centro pertenecen los siguientes barrios: Acalamayo, Acuapich (Pixteyo), Ahuáztatl, Ahuehueyo, Atehuac, Axoxohuil (Agua Verde), Barrio de Guadalupe, Barrio la Cruz, Barrio la Vega, Cuixcuatitla, Barrio Progreso, Barrio San Rafael, Buenos Aires, Retroceso, San José Santiago, Cacalacayo, Camarones, Cerro el Campanario, Tamán, Colonia Buenos Aires y Colonia Nezahualcoyotl.

Para trasladarse de la cabecera municipal de Tamazunchale a Santiago Centro en transporte público, hay que esperar las camionetas de redilas o camionetas cerradas, las cuales cuentan con una Base de Transportes ubicada en el libramiento; existen dos rutas, una que va para Tlanepantla y la otra ruta sólo llega a San José Santiago y se regresa a Santiago Centro para ir de nuevo a Tamazunchale. Las personas adultas pagan 18 pesos, niños y niñas menores de 5 años no pagan, y los mayores de 6 años pagan la mitad del pasaje. El recorrido se hace en 45 minutos de pronunciadas curvas. Entre 8:00 y 8:30 pm deja de pasar la camioneta que sale de Tamazunchale a Santiago Centro.

Mapa 1. Geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos, Santiago Centro, Tamazunchale, San Luis Potosí



*Fuente: INEGI 2016.

2.2.1 Aspectos generales de la localidad

Según los datos del INEGI recogidos en 2010, en Santiago Centro hay 541 hombres y 560 mujeres. El ratio¹⁵ de mujeres y hombres es de 1,101, y el índice de fecundidad es de 2.60 hijos por mujer. Del total de la población, el 2.63% proviene de otros lugares del estado y la República Mexicana.

El 97.46% de la población es perteneciente al pueblo originario nahua, el 62.76% de los habitantes hablan náhuatl y el 3.27% de la población es monolingüe. Esta información no se encuentra diferenciada por sexo, pero es importante hacerlo, ya que, la mayoría de las mujeres que participaron en esta investigación son bilingües, teniendo como lengua materna el náhuatl y después aprendieron español. Sin duda, la pertenencia étnica le da una particularidad en la atención a la salud en general y en particular a las prácticas de atención de las mujeres durante el embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos en un contexto de pluralidad médica.

La localidad de Santiago Centro cuenta con los servicios públicos de luz y agua, sin embargo, las tomas de agua no son accesibles para todos los vecinos ya que sólo algunas personas cuentan con agua en su casa teniendo una toma directa. La mayoría de ellos se abastecen de agua yendo al pozo que está al borde de carretera, siendo las mujeres y niñas quienes acarrear agua en cubetas de 10 litros y bajan al pozo a lavar la ropa. También es común ver a niñas, niños y mujeres bañarse en el pozo.

Respecto a otros servicios, no se tiene cobertura de telefonía celular en la localidad, sólo en algunos de sus barrios, o en ciertas zonas.; por ejemplo, donde se encuentra el pozo de agua, en algunas ocasiones.

¹⁵ El ratio es una relación entre variables o proporciones que se utiliza sobre todo en estadística y estudios financieros, en este caso el ratio ayuda a comparar la proporción de mujeres y hombres que viven en Santiago Centro y calcular el índice de fecundidad existente en la región.

Continuando con los datos obtenidos del INEGI, en el ámbito laboral el 28.43% de la población mayor de 12 años está ocupada laboralmente (el 47.69% de los hombres y el 9.82% de las mujeres). Respecto a la pregunta ¿en qué trabajan las mujeres y los hombres en Santiago Centro? una habitante de la localidad respondió:

Las mujeres en casa nada más, nosotros como mujeres no tenemos otro oficio, uno que otro sale a trabajar en casa, uno que otro sale con profesión como maestro, ya tenemos más docentes. Si acaso enfermeras, porque sí tenemos enfermeras en Santiago. Y los hombres en trabajos de construcción a veces se van a Tamán, a Tamazunchale o Monterrey, de obreros, trabajan sus tierras ellos mismos haciendo sus jornales, solamente la gente que no trabaja para él mismo, pues trabajan de albañil, de chofer, pocos de maestros o en campo (Carolina, 50 años).

Existen otras actividades que realizan las mujeres, a pesar de no ser reconocidas como trabajo remunerado, aportan a la economía familiar, estas actividades son la venta por catálogo de diferentes productos (zapatos, ropa, productos de limpieza persona y artículos varios). También es frecuente la venta de ropa u otros productos alimenticios ofrecidos de casa en casa (queso, fruta de la temporada, pan, quelites) elaborados o cosechados generalmente por niñas, niños y mujeres.

También existen negocios formales de los cuales se obtiene sustento económico que beneficia a la familia, uno de ellos es una tienda que se encuentra frente al quisco, en el cual se vende una gran variedad de comida (pollos asados, tacos de bistec y carne enchilada, *hot dogs*, duros preparados, elotes preparados, nieve, paletas de hielo, tortillas de máquina, masa, refrescos, algunas verduras, dulces y frituras embolsadas). Este negocio es de Clara, una mujer de 34 años originaria de Santiago Centro, y Ángel de 31 años, originario de Barrio Progreso¹⁶, quienes tienen una hija de 8 años. Ambos vivían en el Estado de México, pero expresan que se tuvieron que mudar a Santiago Centro por cuestiones de salud

¹⁶ Barrio progreso es un barrio perteneciente a Santiago Centro, el camino de una localidad a otra se recorre en media hora a pie, aproximadamente.

de la mamá de Clara. Sin embargo, en la localidad con frecuencia la residencia es virilocal (cuando las mujeres residen en el lugar donde nació su esposo y/o pareja, en casa de las suegras, en el solar familiar o cerca de él, incluso si son de otro barrio o municipio). Este sentido de la práctica de residencia virilocal se manifestó cuando en mis primeros días de trabajo de campo, al verme foránea, me preguntaban que, si yo era maestra o me había juntado con un hombre de Santiago Centro, siendo estas dos las opciones por las cuales mujeres de otros lugares llegan a la localidad.

Como otra forma de remuneración económica están las tiendas de abarrotes, fruterías y verdulerías, dos papelerías como negocio familiar. Además, hay dos locales en los que rentan computadoras con acceso a internet, cobran \$10 pesos por hora, aunque el servicio es muy lento y constantemente se tienen problemas de conexión, ya que la señal es de mala calidad.

Los centros educativos con los que se cuenta en Santiago Centro son de educación inicial, preescolar, primaria, secundaria y bachillerato. En la escuela de educación inicial indígena “Gabriela Mistral”, se encuentra una maestra titular que trabaja con niños y niñas de dos a tres años, con horario de 9 a 11 de la mañana. La maestra también realiza visitas domiciliarias a niñas y niños de un mes a dos años de nacidos para la realización de ejercicios de estimulación temprana.

Aproximadamente en 2015 se incluyó en las actividades de educación inicial el trabajo con mujeres embarazadas con el objetivo de dar información acerca del desarrollo prenatal y promover la estimulación en esta etapa.

En la escuela preescolar indígena “Niños Héroe” se cuenta con tres grupos, cada uno de ellos corresponde a un grado escolar (primero, segundo y tercero). En la escuela laboran tres maestros que son los encargados de cada uno de los grados, además del director de dicha institución.

Como los tres maestros son hombres, al respecto existen distintas opiniones de las madres, abuelas o tías que llevan a niñas y niños, algunas afirman que no es igual el cuidado que puedan tener

los maestros que las maestras, ni la confianza que se pueda generar con ellos; otras opiniones versan satisfacción por el ejercicio y desempeño tanto de los profesores como del alumnado.

Los horarios de clase son de 9 de la mañana a 12:00 de la tarde, la hora de recreo es de 10:30 a 11:00 de la mañana, a esa hora se les lleva el lonche para que las niñas y los niños desayunen. Esta actividad en su mayoría es realizada por las mujeres, ya sean madres, abuelas, tías o empleadas, aunque en ocasiones se ven dos o tres hombres realizando dicha actividad, sobre todo hombres que aparentan más de 50 años.

Los eventos festivos que se organizan en la escuela son el Día del niño, Día de las madres, Día de muertos o “Xantolo”, fiesta navideña y la clausura escolar. Cada evento es organizado por los profesores, director, comité comunitario de educación preescolar y la participación de las madres de las y los alumnos.

Para la realización del aseo de los salones y los baños de dicha institución, cada maestro se organiza con las mujeres (madres, abuelas, tías, hermanas) que se encargan del cuidado de niños y niñas, haciendo un rol de aseo semanal, además de la cooperación para productos de limpieza. Esta actividad está a cargo de las mujeres.

Como mencioné en otro apartado, durante el trabajo de campo me acompañó mi hijo (quién en ese entonces tenía tres años). Él asistía a clases en el salón de primero de preescolar, por esta razón es que en esta descripción se cuenta con más información del nivel de educación básica que de los otros niveles educativos.

En la Escuela primaria Miguel Hidalgo, se cuenta con un salón por grado escolar y las clases son impartidas en el horario matutino. La telesecundaria Herminio Salas Gil y el Colegio José Vasconcelos, una escuela de bachillerato por cooperación en la que se imparten clases en el horario vespertino. Muchas

de las y los jóvenes de Santiago Centro y sus barrios cursan el bachillerato en la escuela secundaria y preparatoria (ambas públicas) de Tamán.

En Santiago Centro existen tres iglesias, una de ellas es la iglesia protestante, en donde se reúnen las personas a cantar y hacer oración los domingos; también está una iglesia católica donde se oficia misa y a un lado de ella se encuentra otra iglesia que tiene aspecto antiguo y descuidado. Afirman diferentes personas que en esa iglesia hay un túnel que conduce a diferentes lugares y sólo se abren sus puertas cada año el 23 de Julio, día de la fiesta patronal, como se manifiesta en el siguiente testimonio:

[...] la primera iglesia no la hizo nadie, no la hizo ningún hombre, la hizo Moctezuma, me contaba mi abuelo que un día no salió el sol, estaba todo oscuro, y cuando amaneció el siguiente día ya estaba ese templo. La otra iglesia, esa sí la construyeron los hombres, ahí vamos a misa. La otra no es iglesia, ahí van los testigos de Jehová (Don Juan, 65 años).

Imagen 1. Iglesias de Santiago Centro, Municipio de Tamazunchale



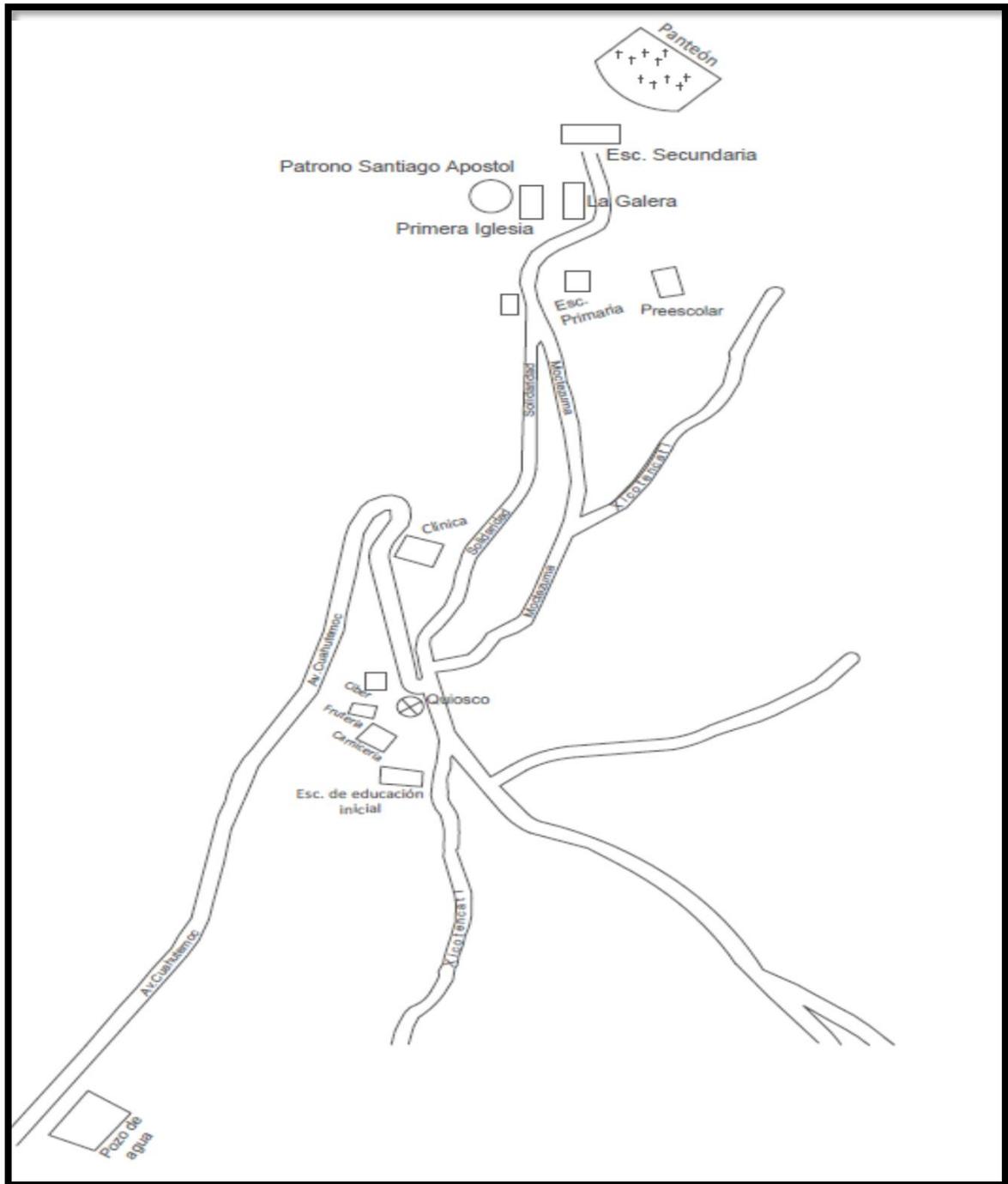
*Fotografía tomada por Mónica Reynoso Morales en Santiago Centro, octubre de 2016.¹⁷

¹⁷ Todas las fotografías que se muestran en la tesis son de mi autoría, para evitar repetir el nombre en cada una de las imágenes solo se reflejará el lugar, mes y año en el que fueron tomadas.

La vida cotidiana está permeada fuertemente por actividades de culto de la religión católica, como la asistencia a misas el sábado o domingo, rosarios y catecismo para niños y niñas. El proceso de preparación para hacer la primera comunión y confirmación, en los que participan toda la población, consiste en realizar distintas actividades que involucran tanto a niños y niñas, como a los adultos tutores y quienes fungirán como madrinas y padrinos. También se realizan retiros, reuniones y asistencia a la misa dominical como requisitos que deben cumplirse durante un año o dos según el tipo de preparación.

A continuación, presento un croquis de la localidad de Santiago Centro en el que se ubican los centros educativos, la clínica del IMSS, negocios, el quiosco y demás lugares que se han descrito a lo largo del presente capítulo.

Mapa 2. Croquis de Santiago Centro, municipio de Tamazunchale



*Fuente: Elaboración propia con apoyo técnico de Carlos Baltazar Castro Maciel.

2.2.2 Sistema de cargos comunitarios

En Santiago Centro, como en la mayoría de las localidades de la Huasteca potosina, los cargos comunitarios tienen el objetivo de regular el orden social a través de la vigilancia y resolución de conflictos que llegan a surgir entre los habitantes de la localidad.

La estructura de cargos se encuentra conformada por el juez auxiliar, delegado municipal y un comisariado de bienes comunales. El juez auxiliar suplente o delegado segundo, se dedica a organizar y darle seguimiento al cumplimiento de las faenas.

Por otro lado, se acude al juez auxiliar cuando existen quejas o demandas por problemas familiares, entre los más comunes, situaciones de violencia hacia a las mujeres en el entorno familiar u otros conflictos entre vecinos. El juez auxiliar es apoyado por un suplente, un secretario y tres vocales que son llamados “mandados” o tequihuas¹⁸, su función es avisar de casa en casa sobre el día y hora en el que se realizarán las faenas, reuniones o cualquier actividad organizada por las autoridades. Es importante comentar que la palabra tequihua¹⁹ es de origen nahua y tiene como significado “autoridad”.

Las faenas son aquellas actividades que se hacen en beneficio de la comunidad como chapolear, escardar, hacer milpa, cosechar café, etcétera. Se le da mucha importancia a la asistencia de las reuniones y la realización de las faenas, si a la persona que representa al núcleo familiar se le dificulta asistir a dichas actividades generalmente invita a alguien para asista en su representación.

¹⁸ Para profundizar sobre los tequihuas o la estructura de cargos comunitarios en México revisar González de la Fuente (2013) y Briseño Guerrero (1994).

¹⁹ Dicho significado se consultó en el Diccionario Náhuatl del Norte del estado de Puebla (2018) y coincide con la información obtenida en trabajo de campo.

En las asambleas que se realizan también participan los comités de salud, de escuela (telesecundaria, secundaria preparatoria por cooperación) de la iglesia, (fiesta patronal, rosarios, rezos) y vocales de algunos programas gubernamentales como el Programa de Inclusión social PROSPERA y Programa de Apoyo Directo al Campo (PROCAMPO).

Cabe señalar que los cargos en su mayoría son desempeñados por hombres, la participación de las mujeres se reduce al comité de salud, como asistentes rurales o en su defecto, cubren a sus esposos cuando ellos están fuera de la comunidad. Esta situación generalmente está relacionada con la migración a Estados Unidos de América o la ciudad de Monterrey.

Para concluir el apartado de aspectos generales es necesario comentar que la migración es una constante en la localidad, en su mayoría a la ciudad de Monterrey y en menor medida a Tamaulipas, a la capital de San Luis Potosí, Pachuca y Estado de México.

La migración hacia el estado de Monterrey tiene gran relevancia en mujeres y hombres desde que cumplen 15 o 16 años, en ocasiones los desplazamientos son temporales y se realizan en vacaciones, con la finalidad de obtener la remuneración económica para seguir estudiando. En otros casos el desplazamiento suele durar más tiempo, ya que puede ser la principal actividad económica de la cual se sostiene una familia. Las principales actividades remuneradas que realizan en Monterrey las mujeres son el trabajo doméstico y el cuidado de hijos e hijas de las familias con las que trabajan, y los hombres hacen trabajos vinculados con la construcción.

También existe el flujo migratorio hacia los Estados Unidos de América, siendo más común que se desplacen a ese país los hombres que las mujeres, y quienes lo hacen en su mayoría es por contrato temporal y preestablecido para trabajar en el campo, la construcción o cocina de algunos restaurantes.

En ocasiones, cuando se termina la vigencia del contrato, es común que se queden en condición de inmigrantes en E.U.A, esperando que surja otra oportunidad de trabajo en el país norteamericano.

2.3 Mujeres, vida cotidiana y festividades. Viñetas etnográficas

La participación en la vida cotidiana y los días festivos de la localidad fueron fundamentales para adentrarme a la vida social y comunitaria de la localidad. En Santiago Centro la cotidianidad y las relaciones sociales están permeadas por la organización de distintas festividades como Xantolo, la fiesta patronal, el Día de las madres y la celebración de bodas, entre otras.

A razón de esto se presentan seis viñetas etnográficas que tienen el objetivo de mostrar la interacción social, priorizando la descripción de las actividades y el papel que las mujeres desempeñan en las tareas cotidianas y festividades realizadas en la localidad vinculadas a creencias y valoraciones sobre los roles de género asociadas al ser mujer y el ejercicio de la maternidad.

2.3.1 Viñeta 1. Desgranar, moler, dar de comer

Juana es una mujer de 38 años de edad (2017) tiene dos hijas y un hijo, Paloma de 17 años, Bety de 11 años y Kevin de 4 años. Juana se levanta a las seis de la mañana y se dirige a la cocina para prender el fogón, en una hornilla pone a calentar la olla de café y en otra pone el comal. Ya que la leña está agarrando fuerza, limpia el comal con una escobetilla para quitar residuos de masa. Cuando el comal está suficientemente caliente, ella comienza a echar las tortillas para hacer el lonche de su hija que se va a estudiar la secundaria a Tamán y también para su esposo que se va a trabajar a una tienda de materiales de construcción que se localiza en Tamazunchale.

Kevin entra al preescolar a las 9 de la mañana, Juana lo lleva y cuando regresa a casa, lava algunos platos, se sirve una taza de café y desayuna junto con sus suegros y la abuela de su esposo; a las 10:30, Juana le lleva el lonche a su hijo y regresa por él a la escuela a las 12:00 del día.

Kevin se queda en casa con su hermana Ana, mientras Juana se va al monte por leña, cuando regresa llega con un gran mazo de leña que sostiene con un costal que lleva cargado entre la cabeza y la espalda. Más tarde, Juana le ayuda a su suegra a vender pollos, ambas los matan, los despluman y al final los pesan.

En la tarde, doña Elisa, comadre de Juana, mandó a su hija Marlene a llevarle una cubeta con *tochón*²⁰ para darle de comer al puerco. Juana pone todo el *tochón* en una cubeta de fierro con agua caliente y después se la da de alimento al puerco que tienen en engorda.

Juana sigue en la cocina y prepara tlapanil²¹ de hoja de *soyo*²² y agua de melón para comer, su hija mayor le ayuda a hacer tortillas, mientras que Bety y Kevin le dan de comer al puerco, a los pollos y a las gallinas.

Después van por agua al pozo, se lleva a su hija Ana, quien le ayuda a lavar a la ropa y a cargar una cubeta con agua que llevarán de regreso a su casa, Ana y Kevin aprovechan la ida al pozo y se bañan en ese lugar.

Juana y sus hijas desgranar las mazorcas de lo que comúnmente llaman *maíz nuevo*²³ –ya que generalmente no alcanza el maíz criollo que se cosecha para consumirlo durante un año, en ocasiones es comprado en una de las tiendas de Santiago Centro o en Tamazunchale–, lo ponen en una cubeta con agua caliente, luego, Juana lo lava con fuerza, tallándolo y echándole agua constantemente, lo deja listo para molerlo y echar tortillas al comal para la cena.

²⁰ *Tochón* es una forma local de nombrar a las tortillas que sobraron el día anterior, ya que generalmente se dejan para el consumo de animales.

²¹ Tlapanil es un caldo espesado generalmente con maíz, el caldo puede ser de frijol, soyo, hongos entre otros productos de la región, el tlapanil es un alimento que se realiza de forma cotidiana en la región.

²² El *soyo* es una hierba comestible que se encuentra en algunas partes de la Huasteca potosina e Hidalguense, aunque es de consumo familiar, se le atribuyen propiedades que favorecen la producción de leche materna por lo cual es común que las mujeres después del parto consuman este tipo de alimento.

²³ Se le llama maíz nuevo, al maíz cosechado recientemente por los y las habitantes de la localidad.

Como a las 7:00 de la tarde, doña Lore (61 años de edad), quién es suegra de Juana, muele el nixtamal en el molino de mano que tienen en la cocina, en ese momento Beto (65 años), el esposo de doña Lore, sintoniza la radio y, escuchando huapangos, Kevin y doña Lore se ponen contentos y bailan juntos.

Luego, doña Lore y Juana comienzan a hacer tortillas, mientras la olla del café y del tlapanil de frijol están en las hornillas, de esas ollas, comen la abuela, doña Lore y su esposo, Juana, sus hijas, hijo y su esposo.

Después de cenar, todos se van a dormir; mientras doña Lore y Juana se quedan en la cocina a recoger los platos sucios para llevarlos al lavadero y lavarlos, cuando ya es muy tarde los dejan y los lavan en la mañana del día siguiente.

En esta narración se muestran las actividades realizadas por las mujeres y hombres de esta unidad doméstica y nos permite asomarnos a la cotidianidad de las mujeres y los roles que desempeñan, las cuales en su mayoría están inmersas en el cuidado y alimentación de los otros miembros de la familia. A través de las actividades narradas se puede ver que la distribución sexual del trabajo es binaria y a las mujeres se les otorga el papel de cuidadoras tanto de los integrantes de la familia como de los animales domésticos. Esta distribución sexual del trabajo no solo es genérica, pues se puede observar en el relato que la condición etaria también es un factor que se toma en cuenta para la distribución de tareas cotidianas.

Es importante señalar que se eligió esta descripción realizada en el diario de campo durante mi estancia en Santiago Centro, porque refleja la cotidianidad de muchas de las mujeres que son madres, suegras e hijas pues estas actividades fueron observadas en diferentes unidades domésticas, sin embargo, existen algunas variantes como la edad de las mujeres, el trabajo remunerado fuera de casa al cual acceden algunas de ellas y el contexto de migración nacional (principalmente a la ciudad de Monterrey) en el que muchas mujeres y hombres jóvenes de entre 17 y 22 años migran a Monterrey. En el ámbito

internacional (Estados Unidos de América) quienes migran en la localidad son hombres, aunque se tiene conocimiento de algunos casos de mujeres, esta práctica es realizada en menor medida por ellas.

Sin embargo, aunque la mayoría de las mujeres están inmersas en las actividades de cuidado y crianza, muchas de ellas realizan también actividades remuneradas informales, como la venta de tamales, zacahuil, quesos, productos por catálogos, entre otras. También observé a otras mujeres que se encuentran dentro del rango de 30 a 45 años de edad y realizan actividades laborales remuneradas dentro del ámbito formal (magisterio, enfermería, trabajo doméstico en Tamazunchale, integrante del colectivo de la Casa de la Mujer Indígena). Estas mujeres²⁴ después de terminar sus actividades laborales o profesionales llegan a sus casas para continuar con las mismas labores de domésticas y de crianza. Cabe mencionar que en su ausencia la mayoría de las actividades que se relacionan con el cuidado de hijos e hijas (como preparar el lonche, llevarlos e ir por ellos a la escuela cuando son muy pequeños, etc.) las cubren otras mujeres con las que tienen relación parental, como sus madres, suegras, abuelas, tías y hermanas.

2.3.2 Viñeta 2. Xantolo

El día 2 de noviembre, antes de las doce del día llegó don Beto, él es un hombre de 65 años, de estatura media y cabello cano, es curandero y lo invitaron don Simón (69 años) y doña Victoria (62 años) a su casa para rezar el rosario dedicado a los familiares difuntos.

Don Beto pasó a la cocina y doña Victoria le ofreció una taza de café, unos minutos después comenzó la tronata de cuetes, uno tras otro, en ese momento gritaron los nietos de la señora, “ya son las doce”, mientras corrían con un recipiente de plástico lleno de pétalos de flor de cempasúchil. Ellos

²⁴ Respecto a la información de las cuatro mujeres que tienen un trabajo remunerado fuera de casa, tres de ellas tuvieron la oportunidad de insertarse en el ámbito escolarizado superior, esta información se obtuvo en su mayoría de las entrevistas realizadas con el fin de conocer sus trayectorias de atención a la salud materna, por lo cual se profundizará al respecto en el capítulo cuatro, pues no se cuenta con suficiente información para que este aspecto sea generalizado en el apartado de contexto local.

estaban haciendo el camino con los pétalos, desde afuera de la cocina hasta el camino de piedras que está al salir de la casa para indicarle el camino a “los que se fueron” (expresión local para referirse a los familiares que han muerto) ese día.

Doña Victoria y su familia se pararon frente al altar que estaba en la cocina, el arco estaba hecho de palmilla y flores de cempasúchil, don Beto, que había llegado de visita, sacó un rosario de una bolsa de plástico donde traía un libro de oraciones y una pequeña biblia, comenzó a decir unas plegarias en náhuatl, y cada que terminaba un misterio decía una plegaria en náhuatl, continuaba la repetición de los nombres de las personas fallecidas que fueron familiares de doña Victoria, después comenzaba a leer un Padre Nuestro y un Ave María en español. Al terminar, el rezandero y la familia de doña Victoria se sentaron a la mesa a comer tamales hechos por ella y su hija el día anterior. Como en otros lugares de la Huasteca potosina, en Santiago Centro también se celebra la fiesta de Xantolo.

Los días de celebración son del 30 de octubre al 2 de noviembre. Entre comparsas, baile, máscaras, olor a flor de cempasúchil, los arcos hechos de palmilla, flores, tamales, pan, y velas transcurren esos días en un escenario colorido y lleno de música. En la fiesta de Xantolo, el rol de las mujeres es central, pues son ellas quienes preparan tamales diariamente durante 3 o 4 días, estos se hacen como ofrenda para los familiares que ya murieron y también para compartirlos con personas con las que se tiene una relación de parentesco y compadrazgo, ya que es común que se realicen visitas a las comadres, padres y familiares en general para compartir y llevarles tamales.

Como dice Valles Esquivel:

El Xantolo, a diferencia del Carnaval y de otras fechas festivas del ciclo de las lluvias, tiene un carácter más familiar que comunitario. Por lo tanto, el ceremonial, lejos de ser público, tiene como escenario la casa y como centro al altar doméstico, aunque en su momento culminante las familias se reúnen en el cementerio para entregar sus ofrendas a los difuntos y efectuar una convivencia en la que participan todos los miembros de la comunidad: vivos y muertos (2003:14).

Imagen 2. Altar realizado por maestros del preescolar de Santiago Centro



Fuente: Fotografía tomada en la Escuela Prescolar de Santiago Centro, octubre de 2016.

Imagen 3 y 4 Altares domésticos



*Fotografías tomadas en el barrio de San José Santiago, noviembre de 2016.

A la danza que se realiza durante los días de Xantolo localmente se le llama “Comparsa”, es una práctica cultural que se desarrolla a nivel comunitario, en la cual participan generalmente niños y adolescentes varones quienes hacen un compromiso de participar durante siete años consecutivos. El día 31 de octubre se realiza una ceremonia para sahumar las máscaras que utilizará cada quién durante los días de Xantolo. El grupo encargado de la “Comparsa” se dedica a visitar cada una de las casas de Santiago Centro (también se organiza la “Comparsa” en cada uno de los barrios). Frente al altar doméstico de la casa que se visita, esta es una actividad que se realiza exclusivamente en las noches, se lleva a cabo la danza entre diálogos en náhuatl que hacen los participantes y, al finalizar, los dueños de la casa les dan permiso de llevarse algo del Arco (refresco, fruta, pan, etc.).

En la galera de Santiago Centro se realiza un concurso de Arco de flores y de calavera decorada en el que participan alumnos y alumnas de la telesecundaria. También se hace una demostración de las comparsas a cargo de las beneficiarias del Programa-Prospera/Oportunidades y sus familias. Como se mencionó anteriormente, la danza llamada Comparsa es una actividad comunitaria transmitida por tradición oral, dicho programa realiza la demostración con la participación de las beneficiarias del programa y sus familias, la participación en la demostración de Comparsas, forma parte de las actividades que se deben cumplir como obligación de las beneficiarias para continuar inscritas en dicho programa.

Así se puede entender que esta actividad se desarrolla en dos sentidos, unos es el comunitario y el otro parte de la iniciativa gubernamental con el Programa-Prospera/Oportunidades, por supuesto cada ámbito tiene sus variantes, pues la demostración realizada en la galera es una representación de la danza que se hace y ha sido aprendida pro tradición oral, pues en la demostración participan las mujeres, se hace de día en un lugar abierto, aspectos contrarios a la práctica de la danza que se realiza por tradición.

Este es un ejemplo de la incidencia que tienen los programas gubernamentales en la vida cotidiana de las personas.

Imagen 5. Concurso de Altar de muerto y demostración de comparsas en la galera de Santiago Centro, beneficiarias del Programa-Prospera/Oportunidades



*Fotografía tomada en la Galera de Santiago Centro, noviembre de 2016.

En la demostración de comparsas participaron las mujeres beneficiarias del programa o sus esposos e hijos, para danzar llevan atuendos muy diversos, todos ellos caracterizados con máscaras y el vestuario correspondiente. En lo personal atraieron mi atención las caracterizaciones realizadas por hombres, en las que simulaban ser una mujer embarazada o con hijos representadas por muñecos, como se puede ver en las fotografías 6 y 7.

Si bien no se indagó de forma específica el porqué de estos atuendos asumidos por los varones, es posible que la imitación por parte de los hombres en condición de embarazo y crianza esté vinculada al papel central que las identidades femeninas tienen en la localidad, en franca oposición con el papel que desempeñan las identidades masculinas respecto al embarazo y crianza.

Imagen 6. Demostración en la galera de Santiago Centro, beneficiarias del Programa-Prospera/Oportunidades



*Fotografía tomada en la Galera de Santiago Centro, noviembre de 2016

Imagen 7. Demostración en la galera de Santiago Centro, beneficiarias del Programa-Prospera/Oportunidades



*Fotografía tomada en la Galera de Santiago Centro, noviembre de 2016

2.3.3 Viñeta 3. La boda

Llegó la hora, ya eran las 4:00 de la tarde y las campanas repicaban llamando a misa para celebrar una boda. Al llegar al templo, me percaté de que había tanta gente que ya no se podía pasar, la iglesia era pequeña, aún no llegaba el padre que oficiaría la misa, pero ya estaban presentes los familiares e invitados de la pareja que celebraría el matrimonio. Mela es una mujer de 37 años y originaria de San José Santiago, lleva 14 años casada por el civil con Rubén, de 38 años y originario del mismo lugar, ambos tienen dos hijas, Lucía de 14 años y Érica de 11 años.

Mela aún no se ponía el vestido blanco destinado para la ceremonia, ya que primero quería confesarse y después de hacerlo se pondría el vestido blanco para entrar al templo. Cuando llegó el sacerdote, le dijo que ya se vistiera para poder entrar al templo, y que ya no la podía confesar porque ya era tarde. Durante la celebración religiosa del matrimonio, el discurso del sacerdote destacaba la importancia de la procreación. Frente a la pareja, a la mitad de la ceremonia, el padre los miró fijamente y les dijo: “yo sé que ya tienen dos hijas, ¿pueden tener más?”, ambos asintieron con la cabeza.

Al terminar la misa, una Banda de viento esperaba a los novios y a la gente que salía de la iglesia, mientras tocaban las mañanitas, las personas que estaban afuera le aventaban confeti de colores a la pareja recién casada.

Con la Banda por delante, los recién casados y los invitados recorrimos el camino rumbo al terreno donde se celebraría la fiesta, el cual estaba justo frente a la casa de la pareja. Al llegar al lugar la banda se retiró, pasaron las personas invitadas a ocupar las sillas y mesas acomodadas para la ocasión.

Al entrar al terreno había un arco de globos blancos que daba la bienvenida a la fiesta, los lados del terreno estaban ocupados por mesas cuadradas con manteles blancos, un adorno de crisantemos

blancos y bandejas de unicel llenas de pan dulce, después repartieron café; en el centro del lugar, había un espacio despejado para bailar y enfrente la mesa de los novios.

Cuando la pareja recién casada entró al terreno donde se celebraría la fiesta, cruzando el arco de globos blancos, se pararon en un petate tejido al cual se le habían puesto algunas flores de camelinas moradas; a un lado de ellos estaban los padrinos de bodas y enfrente estaban los familiares y papás de ambos. Todos los recibieron con velas prendidas, los papás de los novios dieron unas palabras de agradecimiento a los padrinos por haber aceptado el compromiso. Cabe mencionar que todo se habló en náhuatl, Mago, quién fue una de las interlocutoras importantes de esta investigación, me tradujo lo que se dijo y también me comentó que las velas se prendían con la esperanza de que siempre tuvieran luz en su relación de pareja; el copal era para que siempre estuvieran protegidos de todo, el petate para que no les faltara casa y donde dormir. Cuando se terminó el breve discurso de cada quién, la mamá de Mela y su suegra comenzaron a sahumar pasando el copalero alrededor de la pareja, cubriéndolos con el humo del copal. Al final les aplaudieron y tomaron asiento en la mesa preparada para ellos y su familia.

Después de un rato se empieza a servir el mole rojo y el mole verde con arroz y frijoles. Se llevaron los refrescos y las tortillas a cada mesa, familiares y amigos participan en servir y llevar los platos de comida a las personas invitadas. Las mujeres sirvieron la comida y los hombres (en su mayoría) la repartieron a los invitados que se encontraban sentados. Más tarde, ya en la noche, se despide el conjunto musical para recibir al trío huasteco y se comienza a servir zacahuil y refresco nuevamente. El grupo musical convoca a las mujeres solteras para bailar la víbora de la mar, la novia y el novio pasan al centro de la pista para dar pie a dicho baile. La fiesta continúa con un gran repertorio de huapangos.

Este relato de la boda refleja distintos aspectos que son centrales en la reproducción social de la localidad en cuestión. Se puede decir que un evento social como una boda nos muestra el entretrejado complejo que se genera entre la influencia de la religión católica respecto a las relaciones sociales de género, priorizando como eje de la identidad femenina la alusión a la pureza virginal que se ofrece en el

matrimonio, para poder continuar con la reproducción sexual; es decir, la maternidad como objetivo primario de matrimonio y rol femenino. Ejemplo de ello es la incorporación de todos los símbolos en color blanco –los globos, las flores, los manteles–, entre otros.

Si bien las parejas que comparten la experiencia del caso descrito, optan por la ceremonia religiosa católica años después de convivencia conyugal, el discurso del sacerdote refrenda la intencionalidad centrada en la reproducción, manifestada en la sugerencia de tener más hijos. En la localidad es frecuente unirse por la religión católica después de estar casados por lo civil o en unión libre varios años, y en este tipo de uniones la procreación es un aspecto social que está muy presente.

Por otro lado, la ritualidad local realizada para la protección de la pareja y por último la participación comunitaria distribuida por roles de género van conformando la reproducción social del contexto local, en donde las prácticas culturales nahuas continúan conviviendo a la par de creencias religiosas tradicionales. Esto es interesante ya que este tipo de interacción entre lo indígena local y los sistemas de creencias hegemónicos se reflejan no sólo en las prácticas de unión conyugal, sino, como se verá más adelante, en las opciones de atención médica, específicamente en la atención de las mujeres durante el embarazo y parto.

2.3.4 Viñeta 4. Día de las Madres. “Su nombre no importa, tú le llamarás mamá”

Hablar de la celebración del día de las madres en México es hablar de una celebración a la cual se le da mucha relevancia ya que, culturalmente, ser madre en nuestro país es sobrevalorado, además de ser una exigencia social para las mujeres.

Aunque la celebración del Día de las madres no se originó propiamente en la localidad, se presentará la siguiente viñeta etnográfica con la intención de mostrar el significado social que se le da al ser madre en el universo de estudio.

En la mañana, al borde de la carretera, esperé la camioneta para ir de San José Santiago a Tamazunchale, ya que visitaría el hospital del IMSS que se encuentra en Zacatipan, para realizar algunas entrevistas al promotor de salud y al personal médico de la institución, además de comprar algunos víveres.

Al subir a la camioneta observé mensajes alusivos al día de las madres sobre las ventanas, “Feliz Día de las madres”, “porque sólo tenemos una madre”. El chofer comentó que, por celebración del 10 de mayo no se cobraría el pasaje a las mujeres que fueran madres, él dijo, “es gratis el pasaje para todas las madrecitas” así que todas las que íbamos en la camioneta esta vez viajamos gratis.

El día siguiente se celebró el festival escolar del día de las madres en el preescolar “Niños Héroes” de Santiago Centro, fui invitada porque mi hijo asistió de oyente al preescolar durante mi estancia de trabajo de campo en la localidad. Cuando llegué a la escuela, me dirigí al salón de primero de preescolar, ahí se encontraba la maestra suplente quien estaba recortando unas flores de papel y me dispuse a ayudarle.

Para dar inicio al evento los maestros convocaron a todas las mujeres madres que se encontraban presentes, para que tomaran asiento en las sillas que se encontraban en el patio de la escuela. La maestra y los maestros nos repartieron un gafete que tenía un número al reverso, ya que rifarían algunos artículos que se encontraban en una mesa puesta en el patio, los artículos eran recipientes de plástico de diferentes colores y tamaños, algunos platos y vasos.

Uno de los maestros comenzó el evento leyendo una reflexión titulada “Un ángel llamado mamá”²⁵, la cual se muestra a continuación:

Cuenta la leyenda que un angelito estaba en el cielo, cuando Dios, lo llamó y le encomendó una misión, con dulce voz le dijo, tendrás que ir a la tierra y nacer como los humanos, serás un pequeño niño y crecerás hasta llegar a ser un hombre.

Espantado el angelito, preguntó, pero Señor, ¿cómo haré para vivir tan pequeño e indefenso?, ¿quién me cuidará?

– Entre muchos ángeles escogí uno para ti que te está esperando y te cuidará.

– Pero dime, aquí en el cielo no hago más que cantar y sonreír, eso me basta para ser feliz...

– No te preocupes, tu ángel te cantará, te sonreirá todos los días y tú sentirás su amor y serás feliz.

– ¿Cómo entenderé lo que la gente habla si no conozco el idioma de los hombres?

– Tu ángel te dirá las palabras más dulces y más tiernas que puedas escuchar y con mucha paciencia y con cariño te enseñará a hablar.

– ¿Y qué haré cuando quiera hablar contigo?

– Tu ángel juntará tus manitas y te enseñará a orar y podrás hablarme...

– He oído que en la tierra hay hombres malos, ¿quién me defenderá?

– Tu ángel te defenderá a costa de su propia vida.

– Pero estaré triste ya que no te veré más.

– Tu ángel te hablará siempre de mí y te enseñará el camino para que regreses a mi presencia, aunque yo siempre estaré a tu lado durante todo el tiempo que estés entre los hombres.

²⁵ José Luis Prieto es el autor de la reflexión titulada “Un ángel llamado mamá”.

El angelito ya empieza a escuchar las voces que venían de la Tierra y atemorizado y con lágrimas en los ojos, dijo...

Dios mío, dime por lo menos el nombre de ese ángel que me cuidará...

“Su nombre no importa, tú le llamarás MAMÁ”. Amor – José Luis Prieto.

Después de la lectura del poema, el director se dispuso a dar un discurso en donde aplaudía la labor importante que juegan las mujeres en la crianza, felicitándonos a todas y diciendo que en el resto del programa del evento se realizarían rifas y algunos juegos como tronar globos con los pies y otras partes del cuerpo, el juego de las sillas, entre otros. Al final, el Comité Escolar correspondiente se hizo cargo de repartir platos de pollo con mole, acompañado con arroz blanco y un vaso de refresco color negro que tanto se consume en la localidad.

Si bien, las actividades realizadas en el festival tuvieron la intención de celebrarnos a todas las mujeres madres, es necesario comentar que tanto la reflexión con la que se dio inicio al festival, como los regalos (artículos de cocina o limpieza doméstica) que se repartieron en los concursos y las rifas, no escaparon del estereotipo de género que promueve desigualdad en el ejercicio de la crianza y los trabajos domésticos, viendo al cuerpo de las mujeres en función del servicio y cuidado de los demás miembros de la familia.

A continuación, se presenta un apartado que tiene el objetivo de mostrar las narrativas de las mujeres y su vivencia de la maternidad en Santiago Centro.

2.3.4.1 Ser madre en Santiago Centro.

La información que se muestra en este apartado fue recogida durante el trabajo de campo mediante las charlas informales y las entrevistas realizadas. Ante la pregunta directa, ¿Qué significa para ti ser mamá?, las respuestas de muchas de las mujeres giraron en torno al sentimiento de una satisfacción inexplicable por el hecho de ser madre. Sin embargo, también señalaron las dificultades que han experimentado como mujeres ejerciendo la maternidad. A continuación, se muestran algunos testimonios que dan cuenta de ello:

Es algo muy bonito que no se puede explicar, lo más bonito es que te digan mamá y lo más difícil es cuando se enferman, o que en la noche no se pueden dormir, y eso da miedo (Rosario, 27 años).

Para mí ser mamá es lo más grande y lo más bonito que he sentido, es algo que no tiene palabras, aunque a veces me siento muy cansada, siento que ya no puedo, por andar cuidando a mis niñas noche y día (Luz, 32 años).

Yo siento bonito cuando veo a mis hijas crecer, pero siento que ser mamá es muy difícil, que te den en brazo a un bebé. Para que seas mamá ¿quién te enseña? Tú lo ves, que lo cuiden, darle chichi, si se enferma ¿qué vas a hacer? ¿a dónde vas a ir? Por eso yo digo que estar sana es muy importante, así todos estamos bien si yo estoy bien (Julia, 38 años).

Es mucha responsabilidad, porque como madre tengo que estar pendiente de los niños y más cuando empiezan a caminar, empiezan a hacer sus travesuritas, pero cuando están bebés todavía no, sólo cuidarlos cuando les das pecho, porque al momento se pueden ahogar. Cuando mi niña era chiquita, si me asustaba, porque en las noches se ahogaba y también en el día cuando estaba dormida. Cuando ya estaba muy cansada le decía a mi esposo, cuida tú a la niña porque yo no puedo, la cuidaba él, y nos turnábamos para cuidarla (Rosa, 26 años).

En los testimonios anteriores se muestra la vivencia de sentimientos de alegría y satisfacción de ver a hijos e hijas saludables, por el contrario, cuando hijos e hijas se enferman, el sentimiento de miedo está presente.

Todas las participantes coincidieron en que se presentan cambios en la rutina cotidiana a partir de la llegada de la primera hija o hijo. Ya que cuando nacen los demás, la cotidianidad ya está sumergida en las labores de crianza, a diferencia de lo que pasa con la llegada de la primera hija o primer hijo.

Cuando se mencionan estos cambios en la cotidianidad, generalmente se hace referencia a actividades relacionadas al cuidado de la primera hija o hijo recién nacidos. Como se muestra en los siguientes testimonios:

Y de hacer cosas, pues ya no podía hacer tantas como antes, de lavar ropa tenía un montón, pero luego lloraba el bebé, quería leche cada ratito, entonces un ratito lavas y otro lo atiendes, entonces ya no lavas, también para ir a visitar, cargar cosas, la ropa de uno, la del bebé, pero si cambia para los dos (Lorena, 36 años).

Y cuando vas a comprar algo, pues no se puede, bueno solamente con rebozo, yo lo cargaba con rebozo, me lo aventaba para adelante o para atrás, y como antes estaba las camionetas sino alcanzas asiento pues te tienes que ir parada y con las bolsas que traes, por eso es más práctico el rebozo (Eva, 30 años).

Pues ya no dormí bien, porque el cuidado es de día y de noche, más cuando se enferman o lloran. Al principio yo no tenía leche, en el hospital cuando me lo entregaron le di pecho, pero cuando me llevaron a la cama para estar unas horas, él bebé lloraba, como yo me quedaba dormida, lo bueno que mi mamá me estaba cuidando, pero cuando llegamos a la casa, según nos íbamos a dormir y nada, el niño llore y llore, estaba mi cuñada, como ella nunca tenía hijos pues sin experiencia, y yo pues igual, los papás sin experiencia. Mi cuñada nos dijo “yo creo que tiene hambre y no se llena a lo mejor tú no tienes leche”, y como ella se había prevenido, tenía un biberón rosa y otro azul, y como al ladito había una vecina que también tenía un bebé chiquito, no tenía ni un mes, pues ya le fue a pedir una cucharaditas de la leche en polvo, y le dice a él, tu ve a traer agua, lo fue atraer, le calentamos el agua, se la preparamos con la leche en el biberón, y pobrecito bebé, hasta le hace “uuuuh” y tomando leche, y ya se llenó y se durmió, pero

nosotros sin experiencia, pensando que estaba enfermo, ya nos estábamos preocupando porque lloraba mucho, y nada, sólo era porque tenía hambre” (Flor, 36 años).

Mercedes es una mujer de 37 años, originaria de Tlamaya; su esposo es de Santiago Centro, por lo cual ambos radican en esa localidad. Ella era promotora del programa Oportunidades, se dedicaba a dar talleres y pláticas sobre la estimulación temprana y cuidados del recién nacido. Mercedes comenta que a pesar de que tenía información sobre los cuidados necesarios que se deben tener con un bebé recién nacido, cuando nació su hijo, no fue tan fácil para ella. También comenta los cambios que se presentaron en su rutina diaria con la llegada de su bebé; como se muestra en su testimonio:

A pesar de que yo doy sesiones con las mamás de como amantarlo y todo, pero ya en la práctica es diferente, me acuerdo que en Zacatipan, (refiriéndose al hospital general del IMSS, después del nacimiento de su hijo) Santiaguito se me andaba ahogando con la leche, me desesperé, no sabía ni que hacer y lo dejé en la cama. Mi esposo estaba aún lado de mí y le preguntó a la enfermera “¿qué podemos hacer?”. Se me queda viendo la enfermera y me pregunta, señora, pues cuantos hijos tienen, le digo, me disculpa, pero es el primero, así es que estoy en ceros, me dice, ah bueno, no pasa nada, me dijo todo lo que tengo que hacer. Pero ya llegando a la casa, es toda una revolución, porque uno acostumbrado a tener todo el día para uno solo; y con bebés es diferente, antes, pues uno hace las cosas sin tener algo más en qué poner atención, y con un bebé eso cambia. Con Betito, baño todos los días, así lo acostumbramos, nos levantábamos, yo ya ni sé a qué hora me dormía, porque primero lo bañaba a él, luego me bañaba yo, y que lloraba, o que no se podía dormir. Yo decía y ahora ¿qué hago? Las primeras semanas me dormí sentada, de repente tener un bebé le cambia la vida a uno, pero para bien, porque yo tenía tantos deseos de ser madre, y dije ahora lo que venga. Ya no salía mucho, nació en agosto y comencé a trabajar en octubre, pero ya no iba sola, él me acompañaba, y es llevar leche, pañales, todo, a veces me desesperaba, porque tenía que salir a una hora, y no terminaba de acomodar las cosas, y como que al principio uno no se adapta, es un cambio diferente, si éramos dos, pues rápido hacíamos esto, pero ahorita ya somos tres y llevar la pañalera y todo, pero bueno uno se acostumbra a esos cambios y trabajando otra vez. Poco a poco, me fui acomodando en mis rutinas, decía, ahora me voy a levantar a esta ahora para poder acomodar todo, me levantaba a las 5:30 cuando tenía que trabajar en Acalamayo una vez por semana, los miércoles, los otros días me levantaba, 6, o 7,

luego fui acomodando mis horarios, en lo que yo misma me fui habituando a mis cambios, y luego me iba a lavar al pozo como a las 5:00 de la mañana, le digo a mi esposo, yo me voy a ir a lavar. Antes de irme le daba de comer al niño, porque lavando me hago dos horas y media, le dije, te quedas tú con él a su cuidado, a las 7:00, yo ya estaba tendiendo ropa, y antes yo no hacía eso, cuando éramos dos cada 8 días, pero ya con bebé cada tercer día por la ropa del bebé, por ese lado me desesperaba porque veía la montaña de ropa. Cuando ya empecé a trabajar, pues también le pensaba ¿cómo le voy a hacer para poder estar en mis cursos? Y pues me llevaba a alguien para que estuviera con él y yo pudiera estar con el bebé, me tomaba media hora para irlo a amamantar y así estaba, como a los dos años, todavía trabajé, él estaba en educación inicial, cumpliendo tres años dejé de trabajar” (Mercedes, 37 años).

En el testimonio también se observa que la enfermera dio por hecho que Mercedes tenía más hijos, ya que en la localidad es común observar a mujeres de 32 años con más de un hijo. También se pone en evidencia la demanda social hacia las mujeres como cuidadoras de los miembros de la familia (en este caso del recién nacido), sin importar si se tienen experiencia o conocimiento al respecto.

Los relatos muestran todas aquellas labores de género tanto domésticas como de cuidado que se agregan a la lista de labores cotidianas que ya desempeñaban antes de la llegada de sus hijos e hijas, acompañadas de diversas emociones que experimentan en el ejercicio de la maternidad, sobre todo en las actividades de cuidado de hijos e hijas recién nacidas, el miedo e inseguridad que genera ver la vulnerabilidad y sobre todo cuando se enferman. También recurrentemente se comentó que el cansancio generado por el estado de alerta y actividades de cuidado, sobre todo de hijos e hijas recién nacidas es agotador para el cuerpo.

En el ejercicio de la maternidad también se reconoce el acompañamiento que reciben las madres de otras mujeres cercanas a ellas, como lo son sus hermanas, sus madres, abuelas, cuñadas, suegra, primas, etcétera. Ellas se suman al cuidado y crianza de niños y niñas, sin importar el hecho de que ellas hayan sido madres o no, como se puede observar en el siguiente testimonio:

Cuando yo me iba a trabajar a Tamazunchale, mis hijos se quedan con su abuela, ella es mi suegra, pero me los cuida, y ahorita a que mi esposo no está trabajando él también los cuida (Lorena, 36 años).

Mi tía Evarista [tía abuela, hermana del abuelo de Lourdes] nunca se casó ni tuvo hijos, ella ya tiene 68 años, no sabe leer ni escribir y sólo habla la lengua [refiriéndose al náhuatl] pero mis hermanas y yo le decimos abuela, porque ella cuida a mis tías y a mi mamá cuando mi abuelita se murió, cuando nació mi tía Jacinta. Nosotros la queremos mucho, nuestra abuelita (Lourdes, 35 años).

Por otro lado, hablar de la maternidad también implica hablar de la infertilidad, ya que comúnmente suele ser una experiencia frustrante y emocionalmente dolorosa para muchas de las mujeres que desean ser madres y tienen complicaciones para serlo. Respecto a estas situaciones de infertilidad o dificultad para procrear, se experimenta una sensación de estar incompleta, de fallar como mujer, reflejada en la tristeza que esta situación les ocasiona, como se observa en los siguientes testimonios:

Yo me junté a los 15 años, no alcancé a terminar la secundaria, pero nunca me embaracé, y mejor me regrese con mi mamá, porque así ya no me quería él [refiriéndose a su pareja conyugal], ahorita cuida a mi mamá porque está muy enferma, mis hermanos tienen esposas y sus hijos que tienen que cuidar, yo cuida a mi mamá y por eso también trabajo aquí en los pollos, para comprarle su medicina y lo que ocupa (Linda, 23 años).

Me ponía triste porque no me embarazaba, y luego me decían que mi esposo no podía tener hijos, y me ponía más triste, y de ahí pues ya me dieron tratamiento para la úlcera [úlcera en el cérvix] y con eso, gracias a Dios después de 6 meses me embaracé, pero si tenía miedo porque me quitaron eso, y no podía creer que estaba embarazada (Malena, 22 años).

Para mí ser madre es todo, no lo cambiaría por nada, yo sufrí mucho durante 10 años esperando embarazarme, para mí, mi hijo es como un milagro (Elisa, 35 años).

Elisa es una mujer de 35 años originaria de Santiago Centro. Cuando ella y su esposo vivían en Monterrey, estuvieron siete años intentando tener hijos, sin el resultado esperado. Durante tres años, Elisa estuvo en tratamiento de fertilidad, como ella lo afirma:

Los dos trabajábamos, queríamos juntar dinero para ir con los doctores, era muy caro y sólo lo intentamos tres años y nada, dos veces salí embarazada pero no pasaba del segundo mes y solito se me caía [refiriéndose a los dos abortos espontáneos que experimentó], empezaba a sentir mucho dolor y cuando iba al baño ya nomás veía que me salía la sangre. Yo me sentía muy triste, y le llegué a decir a mi esposo que, si me quería dejar, estaba bien, porque que yo estaba sin poder darle un hijo, yo sentía que no servía para eso, me sentía incompleta. Cuando mi mamá se enfermó, regresamos a vivir a Santiago Centro y ya había perdido las esperanzas, mi esposo no me decía nada, pero yo pensé en que adoptáramos un niño, pero a los seis meses de estar aquí en Santiago, me embaracé, yo ni lo podía creer (Elisa, 35 años).

La esterilidad y la dificultad para procrear es una contradicción que pone en un dilema fuerte a las mujeres que viven esta situación, generando sensación de vacío y de estar incompleta, afrontando la esterilidad y la dificultad para procrear con sentimiento de culpa, además de sentir que ellas no merecen estar con su esposo.

Como lo afirma Marcela Lagarde, “la incapacidad de tener hijos propios, paridos por ellas mismas constituye la negación de uno de los hechos que constituye a las mujeres como tales: la procreación” (410:2005), ya que socialmente la realización de las mujeres está puesta en la maternidad y al no lograrlo, la sensación de estar incompleta es persistente.

Por otro lado, el hecho de ser madre soltera implica una serie de estigmas sociales que viven la mujer y la criatura. Siendo que la maternidad es vista como una institución que está ligada y forma parte de la familia y el matrimonio como instituciones sociales (Marcela Lagarde 2005).

En la localidad, como en muchas otras partes del país, es socialmente rechazado tener hijos sin tener esposo o cónyuge que se “haga cargo de ellos”. Las mujeres que son solteras y madres a la vez se enfrentan al señalamiento social, como se puede observar en las siguientes narrativas.

Pero en el momento en el que me ven embarazada, pues si dicen mira estudiando, pero ya embarazada, si se escuchaban críticas, pero yo no hacía caso, yo me quedé en casa a cuidar a mi bebé, pero sí decían, ya metió la pata, y a lo mejor ni ha de tener papá, pero como siempre cosas buenas pues hacerles caso, y en las que no, pues no (Victoria, 34 años).

Cuando le dije que estaba embarazada, se enojó conmigo y no volvió más, yo me las tuve que arreglar sola en Monterrey, me sentía muy mal porque sólo me embarazó y se fue, me dejó como si yo y mi hija fuéramos cualquier cosa (Mireya, 42 años).

Socialmente se relaciona a las mujeres, con el matrimonio y el ejercicio de la maternidad, ya que de lo contrario no se estaría cumpliendo con el rol social que debería de realizar; como lo señala Marcela Lagarde:

Todas las mujeres por el sólo hecho de serlo son madres y esposas. Desde el nacimiento y aún antes, las mujeres forman parte de una historia que las conforma como madres y esposas. La maternidad y la conyugalidad son las esferas vitales que organizan y conforman los modos de vida femeninos, independientemente de la edad, de la clase social, de la definición nacional, religiosa o política de las mujeres (363:2005).

En ese mismo sentido, se entiende que la maternidad socialmente es vista como un aspecto rector y definitivo en la vida de las mujeres. El Estado, las normas y las instituciones sociales promueven que las mujeres cumplan con el estereotipo maternal que satisface la idea de realización a través de la maternidad, sin dejar de hacer todas aquellas funciones que también les son exigidas.

Se puede entender que socialmente la distribución sexual del trabajo exige que las actividades de las mujeres estén en función del cuidado de los demás, con la intención de cubrir aquellas necesidades

básicas como la de alimentar, cuidar y realizar las labores de limpieza. De esta forma, el ejercicio de la maternidad está incluido en esta exigencia social de los estereotipos de género, en donde el cuerpo y las actividades de las mujeres están en función de los demás.

2.3.5 Viñeta 5. Fiesta patronal. Escenario de encuentros.

La fiesta patronal de Santiago Centro se celebra el 24 de Julio, se hacen novenarios, se reza el rosario y se realizan peregrinaciones una semana antes de la fiesta. El día de la festividad desde antes de las 8:00 de la mañana se escucha la tronata de los cuetes que anuncian la fiesta, la banda de viento entona las mañanitas al Santo patrono que aún está en su nicho, después lo bajan del quiosco para quitarle la ropa que portó durante un año y ponerle la ropa nueva, la encargada de esta actividad es una mujer con apariencia de más de 50 años de edad y pertenece a un grupo de oración de la religión católica.

El quiosco adornado con flores y ramas, cordeles de banderas plásticas azules, rojas y blancas, las bandas de viento rodeando al Santo patrono, daban la bienvenida a la fiesta. A un lado del quiosco, tres mujeres vendían zacahuil, me acerqué a comer y mientras platicábamos, llegó un sacerdote a officiar la misa al lado del quiosco, donde se encontraba la figura del Santo patrono. No obstante que la celebración se enmarca en la fiesta religiosa católica, entre los pobladores hay otras versiones tanto del origen de la festividad como en las diferentes actividades que realizan para celebrarlo. Ejemplo de esto es que una de las mujeres que vendía zacahuil, le comentaba a las otras mujeres que estaban cerca de ella:

[...] es que los católicos se confunden, Juan Santiago no es el apóstol, él fue un guerrillero que defendió este lugar, él no dejo que mataran a los que eran de aquí, ni que les quitaran sus tierras, él no tiene nada qué ver con el santo (Alicia, 34 años).

Cuando se termina la misa, las bandas de viento de la región siguen tocando, son tres bandas que alternan melodías, las personas se acercan al lugar donde está cada banda y sin decir nada dejan botellas de refrescos, aguardiente, pulque, pan y otros alimentos para los músicos.

La música sigue, todo pasa ahí, en el centro, justo en el quiosco; de repente llegan dos hombres, uno de apariencia más joven que el otro, ambos se acercan a la figura del Santo patrono y sobre el brazo de la figura, cuelgan unos rollos de listones rojos, verdes y blancos, abajo acomodan las velas.

En cuestión de minutos, se les acerca una señora con una niña, le dan una vela, el señor con apariencia de más edad que su compañero, toma dos listones de diferentes colores, con ellos talla la figura del Santo patrono y después los pasa por el cuerpo de la señora, le hace una barrida diciendo plegarias, cuando termina le da una vela y le pide que la prenda, después la señora deja la vela frente al Santo patrono, al final amarra los hilos y se los pone sobre cuello, después comenzaron a llegar más personas para hacer lo mismo

Imagen 8. Figura del santo patrono de Santiago Centro



*Fotografía tomada en el quiosco de Santiago Centro, julio de 2017.

Imagen 9. Fiesta Patronal de Santiago Centro



*Fotografía tomada en Santiago Centro el día de la Fiesta Patronal, julio de 2017.

La participación de los programas gubernamentales durante los días de fiesta también se hizo presente, a las 11 de la mañana comenzó el festival de danzas, proyecto financiado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos indígenas (CDI).

En el festival participaron los niños y niñas de la Escuela Primaria Miguel H., de Santiago Centro, con la Danza azteca, un grupo de niñas de San José Santiago bailando la Danza de las inditas; también participaron la danza de las Varitas que viene de Tlanepantla, los Concheros Guadalupanos de Santiago Centro, la Danza de los 3 colores de Emiliano Zapata, los Sochitines de Tlanepantla y los Violincitos

de Papatlaco. Durante una presentación y otra, el discurso del maestro de ceremonias se remitía constantemente al rescate y preservación cultural, insistiendo en que la participación de todas las danzas era una representación de la armonía social de sus pueblos. Sin duda esta es una visión asistencialista que los programas gubernamentales continúan promoviendo.

Después del concurso de danzas, comenzó la peregrinación y por ello todas las personas nos fuimos al pozo, justo enfrente de una imagen de la Virgen de Guadalupe que está pintada en la pared. Las personas que asisten a la peregrinación llevan velas, copal y la imagen del santo por delante levantada por cuatro hombres, acompañados por la banda, los danzantes y todos los feligreses. Con una tronata de cuetes la caminata dio comienzo, y todos nos dirigimos al templo.

Imagen 10. En espera del inicio de la peregrinación



En razón de lo anterior es evidente el esfuerzo institucional que se realiza respecto al incremento de la atención hospitalaria de las mujeres durante el parto, y con ello, aunque no esté tácitamente escrito, reducir y eliminar las probabilidades de atención que las parteras y el partero brindan en sus localidades.

*Fotografía tomada Santiago Centro, julio de 2017.

**Imagen 11. Peregrinación de la
Fiesta Patronal**



*Fotografía tomada en el camino a Santiago Centro durante la peregrinación, julio de 2017.

En el recorrido mujeres, hombres, niños y niñas se incorporaban a la peregrinación, como se puede ver en la imagen Al llegar al templo católico y antes de entrar al recinto religioso, una señora perteneciente a un grupo religioso llamado “La hora perpetua”, comenzó a incensar la figura del Santo patrono y después entrar a la iglesia.

Imagen 12. Entrada al templo



*Fotografía tomada en Santiago Centro afuera de la iglesia católica, el día 24 de julio de 2017.

La fiesta continuó hasta el día 27 de Julio, también se llevó a cabo el Concurso de Bandas llamado “El canto del tordo²⁶ huasteco”, en el cual participaron bandas locales de los estados de San Luis Potosí e Hidalgo.

²⁶ El tordo es pájaro cantor común de la región de la Huasteca Sur y parte de la Huasteca hidalguense, de alas largas, pico fino y cuerpo esbelto. Esta especie de pájaro hace nidos en las copas de los árboles o en matorrales, y forma bandadas para migrar, existen diversas especies.

Los puestos de comida, juegos mecánicos, la quema del torito y del castillo, el festival de danzas, el concurso de bandas y todas las actividades realizadas dieron vida otro año más a los días de fiesta en Santiago Centro.

La romería activa el vaivén de conocimientos, la distribución sexual de las tareas festivas, prácticas que se entrecruzan constantemente, la misa católica oficiada en el quiosco, las barridas realizadas por un curandero encomendándose al Santo patrono, el concurso de bandas, el festival de danzas, en dichas actividades los hombres se dedican a tocar instrumentos, ser maestros de ceremonia, la realización de prácticas curativas en el ámbito público, cargan al Santo patrono, prenden los cuetes, por su parte, las mujeres adultas mayores visten al Santo patrono y se encargan de sahumar a la figura religiosa de Santiago Apóstol para entrar al templo, las mujeres jóvenes venden comida , además de prepararla para alimentar a los músicos. Todas estas actividades y ejercicio de roles genéricos se manifiestan durante la romería, en un mismo espacio, en un mismo día y a la misma hora.

2.4 Viñeta 6. Entre pastillas, hierbas y barridas.

Al caminar por la carretera de San José Santiago a Santiago Centro me encontré a Licha, ella es una mujer de 60 años, de complexión muy delgada. Juntas caminamos hasta a Santiago Centro, entre otras cosas ella me comentó que hace algún tiempo se había enfermado de leucemia, situación que ocasionó que se pusiera muy mal, por lo que la llevaron al hospital regional ubicado en Zacatipan, barrio perteneciente a Tamazunchale. Licha afirma que cada día empeoraba y perdía peso rápidamente, ella me comentó que ahora ya se sentía mejor, pero que su ropa aún no le quedaba, ya que no ha logrado recuperar todo el peso que tenía antes.

Acompañando mis pasos en la carretera, Licha continuó diciendo que cuando se sentía muy mal acudió al hospital donde le daban pastillas y muchas medicinas más, también fue a que la “barrieran”²⁷, pero en la radio escuchó de un curandero que venía de Veracruz y que él curaba con cosas naturistas, afirmó Licha: “él cobra caro como \$2,600, pero mi esposo pidió prestado y me llevaron, me daba unos baños en los pies y me tomaba un polvo en un vaso con agua, sí me alivié, ahorita ya estoy mejor”.

Este relato llamó mi atención porque que muestra cómo ante un caso específico de enfermedad una mujer de la localidad, ella tuvo distintas opciones de atención a la salud. En Santiago Centro y sus alrededores existe un contexto de pluralismo médico al que es posible acceder y en el que intervienen distintos agentes en la atención a la salud, y todos con el mismo objetivo, aunque con diferentes recursos que son utilizados para recobrar el bienestar del cuerpo. Sin embargo, en el capítulo cuatro, a través del análisis de las trayectorias que transitan las mujeres nahuas durante la atención al embarazo y parto, el contexto de pluralidad médica se hará evidente de forma más consistente.

Como podemos ver en el relato anterior, en Santiago Centro y sus alrededores existe un contexto de pluralismo médico al que es posible acceder y en el que intervienen distintos agentes en la atención a la salud, y cada recurso es utilizado para recobrar el bienestar del cuerpo. Sin embargo, aun y cuando es clara la existencia de distintas opciones terapéuticas para la atención a la salud que interaccionan en el universo de estudio, es importante señalar que el sistema biomédico de atención a la salud es hegemónico, por lo cual se configuran distintas reacciones de las actoras y actores sociales mediante prácticas de subordinación y resistencia.

Con el objetivo de cerrar este apartado, puedo decir que, a través de las viñetas etnográficas, mostradas a modo de recuadros y escenarios que conforman el contexto local, se da cuenta de las diversas instituciones sociales (familia, religión, Estado, la ritualidad indígena náhuatl, entre otras) que

²⁷ La “barrida” es una acción terapéutica local a la que se atribuye la sanación de malestares ocasionados por mal de ojo y otros padecimientos, en ocasiones se utiliza huevo, copal y algunas yerbas locales indicadas para hacerlo.

conviven en la localidad y que en su conjunto refuerzan estereotipos de género que promueven la normalidad de la distribución sexual del trabajo y la maternidad como obligación social atribuida a las mujeres.

Se puede decir que a través de las viñetas se da cuenta de los contextos de interacción que prevalecen en la localidad: como lo es el ámbito familiar, religioso-católico, indígena-nahuas, participación de los proyectos gubernamentales y la distribución sexual del trabajo. Todo este andamiaje contextual enmarca las prácticas de atención a la salud a las que se recurre en la localidad, transitando entre distintos modelos de atención a la salud como se verá en el próximo apartado.

2.4.1 Organización Social en torno a la atención de la salud en Santiago Centro.

En la localidad de Santiago Centro existen diversos modelos de atención a la salud que brindan múltiples recursos a los cuales las personas recurren para atender diferentes padecimientos. Con el objetivo de tener un primer acercamiento a la organización social respecto a la atención a la salud en la localidad, este apartado mostrará los padecimientos que identificaron las y los participantes, de forma general las prácticas utilizadas para atender la salud, con el objetivo de tener un primer acercamiento a la descripción de los modelos médicos a los que se recurre en la localidad. Pues en el capítulo cuatro se realizará una descripción detallada de los modelos de atención a los que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto.

La información que se presentará en este apartado es producto de la observación participante que se realizó durante los dos periodos de trabajo de campo, así como de la interacción y charlas informales sostenidas con hombres y mujeres dentro de la en la cotidianidad vivida en Santiago Centro, por ejemplo, mientras caminábamos sobre la carretera, en la cocina, en la escuela y en las fiestas.

Las prácticas de salud observadas e identificadas en las narrativas de las personas en general se distinguen por dos características: aquellas prácticas que se llevan a cabo en el ámbito doméstico –implementadas por algún familiar de la persona afectada o en ocasiones por la misma persona que se encuentra enferma–, las cuales están insertas en el modelo de auto-atención a la salud (Menéndez, 2003), y las otras prácticas de atención que son aquellas que realiza algún terapeuta especialista, como pueden ser curanderas, curanderos, parteras o parteros que conforman el modelo médico alternativo subordinado y el modelo médico hegemónico, integrado por la participación del personal médico y de enfermería.

2.4.2 Atención a la salud

Respecto a las enfermedades más frecuentes para toda la población, las personas hicieron referencia a las enfermedades gastrointestinales, afecciones de las vías respiratorias, picaduras de insectos, diabetes, presión alta. Y las mujeres puntualizaron los padecimientos de cáncer cervicouterino, virus de papiloma humano y distintas molestias relacionadas con el uso del DIU (dispositivo intrauterino).

A continuación, se presenta una tabla en la que se muestran los padecimientos más comunes mencionados por las personas participantes, ubicando el tipo de atención a la que recurren según el padecimiento.

Tabla 2. Recursos comunitarios disponibles para la atención a la salud.

Padecimientos	Auto-atención	Atención popular y tradicional	Atención biomédica
Tos leve	X	X	
Bronquitis		X	X
Diarrea	X	X	X
Golpes o torceduras	X	X	
Dolor de cabeza			
Amenaza de aborto durante los 3 primeros meses de gestación.	X	X	X
Dolores menstruales	X		X
Cáncer cervicouterino		X	X
Mal de ojo	X	X	
Amenaza de aborto durante los 3 primeros meses de gestación.	X	X	X
Malestares presentados durante el embarazo y puerperio.	X	X	X
Cáncer de mama			X
Virus del Papiloma Humano			X
Picadura de alacrán o arañas venenosas.			X
Dolor de cabeza, espalda y vientre durante el embarazo.	X	X	X
Mordedura de víbora.			X
Diabetes		X	X

*Fuente: elaboración propia con base en la información recabada en campo (2016-2017).

En la tabla número dos se reflejan los diferentes tipos de atención a los que se recurren en la localidad para aliviar distintos tipos de padecimientos. Los malestares que se mencionaron con frecuencia durante las entrevistas y charlas informales con hombres y mujeres. Se puede observar que existen algunos de los padecimientos en los que es común atenderse de forma simultánea con terapeutas

locales, personal médico y de enfermería, como diabetes, problemas gastrointestinales, cáncer cervicouterino, etcétera.

Rosalía es una mujer de 35 años, tiene una hija y un hijo de 5 y 10 años respectivamente. Su esposo migró a Estados Unidos durante 3 años y durante el 2017 le diagnosticaron cáncer cervicouterino. Rosalía comenta que se fue a hacer el estudio del Papanicolaou al Hospital Civil que se encuentra en Tamazunchale. Ella comenta que no se acuerda cuanto tiempo se tardaron en darle los resultados, solo dijo entre uno y dos meses, cuando fue por el resultado de sus análisis, le dijeron que solo era una verruga vaginal y se la tendrían que remover. Ella regresó al hospital y realizaron el prendimiento adecuado, pero los resultados de su análisis se los dieron seis meses después de la intervención vaginal. Rosalía comenta que sentía mucho dolor “aquí abajo”, refiriéndose a la zona genital. Afirma haber ido con un “señor que sabe curar con yerbas”, porque el dolor cada vez era menos soportable. Rosalía afirma que al tomarse las infusiones con las yerbas que le dio el curandero, los dolores bajaron de intensidad. A pesar de haber ido al hospital por el resultado de su análisis, no tuvo acceso a su diagnóstico hasta que pasaron seis meses de la intervención. El diagnóstico fue cáncer cervicouterino avanzado.

Sin embargo, también se muestra que, en ocasiones, la elección del terapeuta o práctica de atención depende del carácter o nivel de gravedad del padecimiento. Por ejemplo, para mal de ojo o “irritación de la sangre”, se recurre a algún terapeuta local, por otro lado, para mordedura de víbora o piquete de alacrán o araña venenosa entre otros se recurre al servicio médico.

Siguiendo a Menéndez (2003) se puede decir que los modelos de atención médica que conviven en la localidad son: el modelo de auto-atención, el modelo médico alternativo subordinado y el modelo médico hegemónico.

a) Atenciones centradas en la auto-atención.

Los problemas de salud que se atienden en casa son realizados en su mayoría por mujeres (mamá, abuelas, tías, hermanas), quienes frecuentemente asisten a sus familiares cuando presentan problemas gastrointestinales que no son graves, heridas o torceduras leves, entre otros; recurriendo a procedimientos de herbolaria y remedios caseros, como el uso de hierbas, masajes y barridas.

Adela es una mujer de 59 años que vive con su esposo de 62 años, su tía de 80 años, dos hijos, su nuera y 3 nietas, de manera frecuente la van a visitar a su casa sus hermanas, sobrinas y comadres, hace unos días llegó doña Alicia, la hermana mayor de doña Adela y le dijo ya llegué, dejó una bolsa con pan horneado por su comadre Lola, después de saludarse, le comentó que se había caído y se “descompuso” la mano. Doña Adela la escuchó mientras lavaba los trastes, después se secó las manos con el mandil verde que colgaba de su cintura, se sentaron frente a frente y doña Adela comenzó a sobarle la mano suavemente haciendo movimientos circulares, así continuaron por casi una hora entre el masaje y las risas, ellas conversaban en náhuatl, se despidieron. Después doña Adela continuó lavando los trastes, yo había ido a su casa a buscar a Nora quién es esposa de su hijo, pero no estaba, aun no llegaba de Tamazunchale (ella se encontraba trabajando en una lonchería). Le pregunté a doña Adela que quién la enseñó a sobar, su respuesta fue, así nomás, yo sola. Pedro (nieto de 10 años) estaba cerca de nosotras y me dijo a mí también me sobó mi pie cuando me caí de las piedras que están por mi escuela.

Adela realiza la práctica curativa de sobar la parte afectada del cuerpo cuando existe una torcedura, aunque frecuentemente la buscan sus familiares cuando tiene algún problema de salud que ella pueda mejorar, Adela no tiene el reconocimiento comunitario de sobadora, ella solo lo hace con su familia, además de prácticas algunas otras terapias curativas como la barrida cuando se padece de mal de ojo.

En la región es común el conocimiento sobre algunas prácticas curativas, las personas las realizan cotidianamente, siendo la autoatención, la mayoría de los casos el primer recurso al que se recurre para atender el padecimiento que aqueja al cuerpo.

Generalmente se utilizan plantas medicinales y alimentos de uso cotidiano, los cuales son de fácil acceso para la población. Y otras veces también se echa mano de medicamentos como aspirina, jarabes y otro tipo de medicinas alopáticas de libre venta en farmacias.

De acuerdo a los datos empíricos recabados en Santiago Centro, coincido con Mayorga Muñoz (2015) cuando afirma que en la Huasteca potosina el uso y conocimiento de plantas medicinales está generalizado, ya que son conocimientos que se transmiten mediante la tradición oral y son de uso cotidiano.

Si los padecimientos continúan y se agravan, se acude con una persona especialista en la atención a la salud, ya sea curandera, curandero, partera, personal médico y de enfermería.

b) Atenciones de tipo “tradicional” o “popular”

En Santiago Centro los y las terapeutas locales juegan un papel importante en la atención a la salud. Muchas de las veces se refieren a las curanderas, curanderos, parteras, parteros, hueseras, como “los que saben”. Estos terapeutas locales se encuentran dentro del modelo de medicina tradicional.

Las parteras y parteros no se dedican exclusivamente a la atención y seguimiento de las mujeres durante y después del embarazo, ya que tienen vastos conocimientos sobre plantas medicinales, o como son llamadas localmente, “ramas” o “hierbas” utilizadas para atender distintos tipos de malestares; además, cuentan con el conocimiento de otras prácticas de sanación como las barridas y rezadas.

En las narrativas registradas durante trabajo de campo, las tres parteras y el partero de Santiago Centro, coincidían en que hace 13 o 15 años (2016) que no atienden partos, excepto por cuatro casos, que se expresa, fueron atendidos por ser una emergencia, el más reciente atendido durante el 2015, dicha información se profundizará en el próximo capítulo.

En el Modelo médico alternativo es común observar la relación que existe entre el frío-calor como condiciones que remiten a las alteraciones entre la salud y la enfermedad, lo cual se ha estudiado

mucho desde la antropología, ya que desde los años 30's algunos estudiosos se han interesado por conocer la concepción de salud-enfermedad en la cultura y cosmovisión nahua. En dichos estudios (López Austin 1996, Aguado Vázquez 2004) se identifica una prevalencia importante de la concepción de la salud y la enfermedad entre opuestos, frío- caliente, bueno-malo y sucio- limpio.

López Austin afirma que:

La polaridad tiene como base la distinción entre naturaleza fría y naturaleza caliente de los hombres, de los estados patológicos y de los productos. No es una diferencia entre grados de temperatura, sino de cualidades de cosas, personas, procesos que los ubiquen en un proceso taxonómico. El hombre es concebido como un ser en el que el equilibrio es básico para la salud. Ante un estado de desequilibrio, ya francamente patológico, ya de riesgo, se procura restablecer la normalidad por medio de la ingestión o de la aplicación de productos de naturaleza contraria al mal (1996:304).

En este caso, en Santiago Centro se observa la presencia de la dicotomía de las cualidades de frío-calor vinculadas de forma particular al proceso de embarazo y parto, siendo las prácticas locales de atención a la salud incluidas las prácticas de partería, las cuales pueden regular dicha variación, como se muestra en las siguientes narrativas:

Doña Bertha de 62 años de edad, partera de Santiago Centro, fue diagnosticada con diabetes hace varios años, actualmente se encuentra con problemas de pie diabético. La explicación que ella da respecto a su padecimiento es:

A mí, me hace mal cuando no bañan a los bebés, porque los bebés cuando nacen están *calientes*, yo creo que cuando nacían, alguna vez pisé la sangre o algo durante el parto, eso me hizo mal y por eso traigo mi dedo malo. Cuando no me piden que bañe a los bebés a mí me hace mal y yo tengo que bañarme con un curandero y él me hace una limpia (Doña Bertha, 63 años).

Otro testimonio al respecto:

Yo sí bañé a mi hijo, dicen que es bueno para ellos porque están *calientes*, pero también es bueno para nosotras, porque yo una vez corté un bracito de hierba buena, para darle

un té al bebé, porque estaba llorando mucho y dicen que cuando uno tiene un bebé se queda *caliente* del cuerpo y puede hacer daño, yo le sequé la plantita a mi cuñada porque todavía no me bañaban, el baño hace que se te quite lo *caliente* y te regula el cuerpo. Por eso dicen, que no es bueno enojarse ni con el bebé, ni con el esposo, con los animales, ni con nadie porque los puedes dañar (Florencia, 37 años).

“El baño” es una práctica ritual que se sigue realizando (aunque cada vez menos), con el objetivo de regular el calor del recién nacido y en la madre, ya que se entiende que el proceso de embarazo y parto son de naturaleza “caliente”. El baño lo realiza la partera o el partero al que se acudió durante el seguimiento del embarazo. En este ritual la partera lleva diferentes yerbas aromáticas (palo de brujo, moguite, etcétera.) que se mezclan con el agua para bañar a la criatura y a la madre, en ocasiones también se lavan los pies y la cabeza a los familiares. Se hace una comida de celebración –pollo en mole– para invitar a la partera y los familiares.

En las narrativas se puede observar la existencia de esta dicotomía frío-caliente y “el baño”, que funciona como una medida de protección y regulación de la naturaleza “caliente”, ya que, si no se realiza, los malestares continuarán para la madre y la criatura recién nacida.

c) Atención de tipo biomédica

Santiago Centro cuenta con una unidad médica del IMSS Oportunidades con horario de atención de 8:00 am a 4:00 pm de lunes a viernes, en el que se encuentra una enfermera y un médico que atiende consultas programadas y emergencias. Los días sábados se encuentra una enfermera en la unidad médica cubriendo el horario de atención de 8:00 am a 5:00 pm, ese día no se agendan citas.

**Imagen 13. Unidad
médica del IMSS.**



*Foto tomada en la unidad médica del IMSS.

La unidad médica de Santiago Centro se encuentra en el camino antes de llegar a la primaria. Respecto a su infraestructura, cuenta con dos consultorios, uno de ellos es para el médico o médica encargado (los cuales rotan su cargo frecuentemente) y en el otro consultorio se encuentra la enfermera para medir y pesar a las y los pacientes que llegan a consulta; a un lado del consultorio de la enfermera hay un sanitario para uso exclusivo del personal médico y de enfermería. Frente a los consultorios hay un patio techado, en él se forman las personas que van a la consulta. En el patio también se llevan a cabo reuniones y pláticas informativas sobre prevención y atención de algunas enfermedades como el dengue, diabetes, entre otras. A un costado de los consultorios está una pequeña habitación que tienen el letrero de “Centro de estimulación temprana”, sin embargo, generalmente permanece cerrado. Los baños para hombres y mujeres se encuentran atrás de los consultorios.

En una entrevista, Fernanda, una de las enfermeras, comentó que los servicios que se ofrecen en la clínica son:

[...] actividades para la salud, para prevenir enfermedades, atención a pacientes que han desarrollado diabetes, hipertensión, control durante el embarazo, vigilancia de las pacientes puérperas, vigilancia del estado nutricional, detecciones de cáncer de mama, cervicouterino, pruebas rápidas de VIH (Fernanda, 45 años).

Por otro lado, cuando se requiere alguna intervención quirúrgica, parto o alguna urgencia mayor, generalmente se recurre al IMSS Hospital Regional de Salud “Oportunidades” número 44, este hospital se encuentra en Zacatipan, barrio perteneciente al municipio de Tamazunchale. También existen como recurso de atención la salud las unidades médicas móviles, a las cuales se les atribuye un servicio deficiente y desabasto de medicamentos generando una deficiente atención a la salud en el contexto.

Frente al Hospital Regional se encuentra el albergue para pacientes y familiares, el cual está dividido en dos grandes dormitorios, uno para mujeres y otro para hombres, cada uno de los dormitorios cuenta con baños y camas. Como parte del albergue hay un comedor al cual tienen acceso las personas que se quedan en los dormitorios.

Otro de los hospitales a los cuales se recurre, aunque en menor medida, es el Hospital Integral Comunitario, que pertenece a la Secretaría de Salud y está ubicado en Tamazunchale. A las clínicas y consultorios médicos que son de carácter privado y se localizan en la cabecera municipal, se recurre con menos frecuencia.

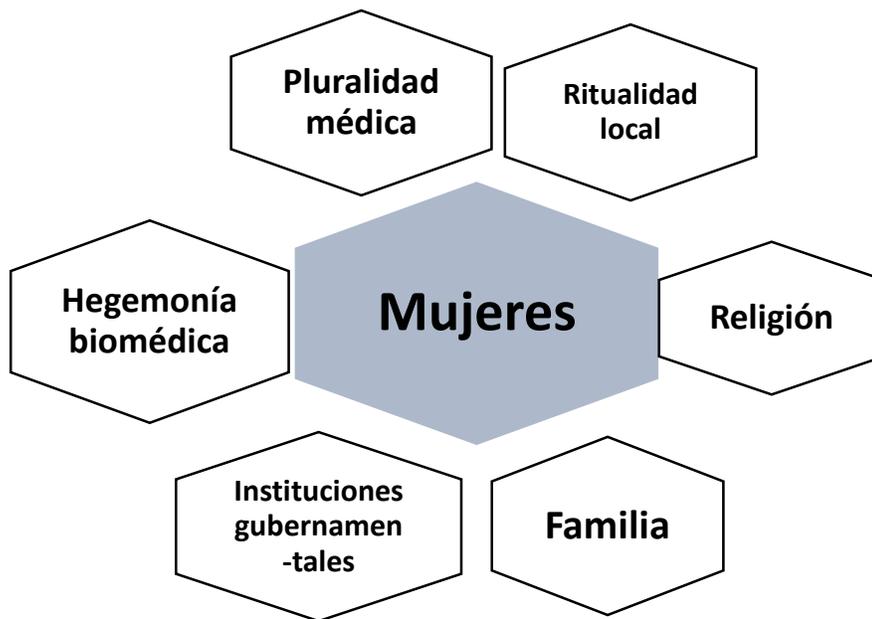
En el siguiente capítulo se profundizará en la interrelación que tienen los modelos de atención dedicados a la atención de las mujeres durante el embarazo y parto. Esta interrelación se manifiesta en acciones impulsadas por las instituciones gubernamentales de salud, en este caso el IMSS-Prospera/Oportunidades²⁸, acciones como el registro y capacitación de parteras, han generado prácticas de hegemonía, subordinación y resistencia.

²⁸ Es un programa de salud del Gobierno Federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ofrece servicios de salud a la población no protegida por los sistemas de seguridad social, especialmente

A modo de conclusión

Las mujeres nahuas conviven en un contexto local en el cual la religión, la pluralidad médica, la ritualidad nahua, la participación de las instituciones gubernamentales asistencialistas, la familia y la organización comunitaria refuerzan estereotipos de género, la desigualdad en la distribución sexual del trabajo y la maternidad como obligación social esperada de las mujeres.

Esquema 2. Elementos del contexto local donde se desenvuelven las mujeres de Santiago Centro



*Fuente: elaboración propia con base en la información recabada en campo (2016-2017).

Las construcciones sociales que giran en torno a la maternidad se pueden observar en dos vertientes, la primera de ellas está centrada en las exigencias, contradicciones y estereotipos de género que designan a las mujeres el rol de cuidadoras, incluso ante de procrear. La designación de tareas de

en zonas rurales donde el Programa se constituye en el referente para la atención a la salud, desde una perspectiva comunitaria, lo que contribuye a la inclusión social y a hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud". Reglas de operación publicadas en el diario oficial del 26 de diciembre de 2017.

cuidado y protección hacia los otros, está fundamentado desde la perspectiva del cuerpo de las mujeres visto “como un ser para otros”.

La segunda vertiente responde a aspectos culturales heterogéneos en donde a las mujeres mayores de edad que son madres se les dota de cierta jerarquía sobre hijos, hijas y otras mujeres jóvenes sean o no madres. Por ejemplo, el papel que juegan las suegras sobre sus nueras y sus hijos e hijas, es un papel jerárquico en el que se les reconoce autoridad moral y social; pues son las mujeres mayores quienes tienen cargos en la fiesta patronal de vestir al santo y sahumar antes de entrar al templo. Además, juegan un papel importante en el cuidado de sus nueras durante el embarazo, parto, puerperio y crianza.

En Santiago Centro la organización social que gira en torno a la salud se refleja por la existencia de distintos tipos de atención como el biomédico, autoatención y la atención de tipo popular y tradicional. Estos se enmarcan en los diferentes modelos de atención. Generalmente las prácticas de auto-atención son el primer recurso que se utiliza ante la presencia de algún malestar, si continúa el padecimiento se recurre a los terapeutas especializados (curanderos, parteras, médicos y enfermeras), en ocasiones de manera simultánea y en otras priorizando algún modelo de atención según sea el tipo de malestar. Identificar los diferentes tipos de atención que existen en Santiago Centro, nos aproxima a conocer el contexto de pluralismo médico en el que las mujeres nahuas se encuentran a la hora de buscar atención o asistencia durante el embarazo y parto. En el siguiente capítulo se analizarán las relaciones de poder que se presentan en la interrelación de modelos médicos que intervienen en la atención y asistencia de las mujeres nahuas durante la atención a la salud materna.

CAPÍTULO 3. HEGEMONÍA, SUBORDINACIÓN Y RESISTENCIAS. ENTRE PARTERAS, PARTEROS TRADICIONALES Y PERSONAL DE SALUD. LA EXPERIENCIA DE SANTIAGO CENTRO MUNICIPIO DE TAMAZUNCHALE

El parto se convierte en una ceremonia quirúrgica,
que primero siguió en manos de mujeres,
para luego ser apropiada por el médico varón.

Eduardo Menéndez.

Este capítulo tiene como objetivo analizar las acciones de hegemonía, subordinación y resistencia que existen entre parteras, parteros tradicionales y el personal de salud en la atención de las mujeres durante el embarazo y parto, a través del análisis del discurso oculto y el discurso público generados por los actores involucrados en el que se tomando como marco de referencia lo establecido por el IMSS-Prospera/Oportunidades respecto a la atención de la salud materna en la localidad de Santiago Centro, municipio de Tamazunchale.

Partiendo de lo planteado en el marco teórico, en relación a los modelos de atención, Eduardo Menéndez (1994) afirma que los significados, técnicas, conocimientos y prácticas que conforman los procesos de s-e-a-p, se han conformado en un contexto histórico, el cual se caracteriza por la existencia de relaciones de hegemonía y subalternidad, esta última –entendida como inferioridad– que se manifiestan en los diferentes sectores sociales. En esta relación el modelo biomédico es uno de los sistemas que tiene un posicionamiento hegemónico sobre todo del modelo de medicina tradicional y alternativa.

De acuerdo a lo anterior, se puede entender que las relaciones de subordinación son aquellas que se generan cuando existe algún tipo de dependencia de una persona o sector social respecto a otro considerado de nivel jerárquico más alto. De esta forma, la posición de subalternidad da cuenta de las

prácticas de subordinación a las cuales están sometidos estos sectores. Siguiendo a Menéndez cuando afirma que:

Los sistemas que devinieron hegemónicos al interior de diferentes sistemas culturales, no condujeron a la anulación o erradicación de todas las prácticas y representaciones existentes, que eran manejadas por los diferentes conjuntos sociales, aunque sí contribuyeron a su modificación y/o al establecimiento de relaciones de hegemonía y subalternidad (72:1994).

Por lo anterior, las preguntas que se pretenden contestar en este capítulo son las siguientes: En un sistema hegemónico en donde la partería es considerada subalterna o inferior ¿qué tipo de relaciones se desarrollan en la vinculación que existe entre terapeutas tradicionales y personal de salud institucional?

¿Qué tipo de prácticas hegemónicas promovidas por el IMSS-Prospera/Oportunidades se ejercen sobre las parteras y parteros tradicionales en el ejercicio de las prácticas locales de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos?

¿Qué tipo de prácticas de resistencia realizan las parteras y parteros tradicionales ante las intervenciones realizadas por el IMSS-Prospera?

3.1 De las personas que participaron

Las narrativas que se analizarán en este capítulo se obtuvieron de las entrevistas y charlas informales con las tres parteras y un partero tradicional originarios de Santiago Centro, así como de las entrevistas realizadas a dos enfermeras y dos médicos que laboran en la clínica del IMSS Santiago Centro.

Por otro lado, también fueron entrevistados un promotor comunitario y dos encargados de las acciones de capacitación con parteras y parteros tradicionales. El personal entrevistado labora en el Hospital Regional del IMSS- Oportunidades, ubicado en el barrio de Zacatipan, perteneciente al municipio de Tamazunchale.

3.1.1 Personal médico, de enfermería y personal dedicado a la interrelación con parteras y parteros tradicionales

Con el personal de salud se realizaron siete entrevistas a profundidad, en las cuales participaron dos enfermeras, una doctora, dos doctores y el promotor de enlace comunitario del Hospital Regional IMSS-Oportunidades ubicado en el barrio de Zacatipan, perteneciente a Tamazunchale. A continuación, se presenta la siguiente información sobre las y los participantes.

Tabla 3. Personal de salud y acciones de vinculación con parteras y parteros tradicionales

Nombre	Edad	Ocupación	Institución
Magda	38	Enfermera	Clínica del IMSS de Santiago Centro, Municipio de Tamazunchale.
Carolina	52	Enfermera	
Ignacio	48	Médico	
Luis	40	Médico	
Benigno	43	Promotor de enlace comunitario	Hospital Regional del IMSS Oportunidades Ubicado en Zacatipan
Elena	45	Médica responsable del Programa de Interrelación con parteras y médicos tradicionales.	
Pablo	52	Ingeniero encargado de las actividades de capacitación para parteras y parteros tradicionales.	

*Elaboración propia con base en los datos obtenidos en trabajo de campo (2016-2017).

Se tomó la decisión metodológica de presentar los datos obtenidos de las entrevistas en los siguientes apartados, ya que al mencionar el proceso de registro, capacitación y demás información de esta forma es posible visibilizar los marcos de interacción entre personal y modelos de atención.

3.1.2 Parteras y parteros tradicionales

Las tres parteras y el partero que colaboraron en esta investigación son hablantes de la lengua náhuatl, nacieron en Santiago Centro, municipio de Tamazunchale y radican actualmente en la misma localidad.

En el cuadro 6 es posible visibilizar sus datos generales.

Tabla 3. Parteras y partero que participaron en las entrevistas

Nombre	Edad	Tiempo ejerciendo la partería	Relación con el sector salud
Doña Bertha	72 años	25 años	Partera registrada
Doña Rita *El caso de doña Rita se presentará en otro apartado por el carácter de la información obtenida.	60 años	30 años	Partera no registrada
Doña Tina	52 años	28 años	Asistente rural
Don Juan	65 años	25 años	Médico tradicional registrado

*Elaboración propia con base en los datos obtenidos en trabajo de campo (2016-2017).

a) Doña Bertha: “Yo no voy de noche, sólo de día”.

Doña Bertha es una mujer de complexión muy delgada, cabello corto y canoso, tiene 72 años edad y 25 de ellos ejerciendo la partería tradicional, tiene tres hijas y cinco hijos; su primer hijo lo tuvo cuando ella tenía 23 años y el último cuando tenía 39. Vive con su esposo don Rufino que tiene 76 años. Sólo dos de sus hijos viven en Santiago Centro, el resto de sus hijos e hijas radica en Monterrey y E.U.A.

Doña Bertha no sabe leer ni escribir, por esta razón recibe ayuda de su nuera para contestar formatos y otros documentos que debe llevar a la clínica de Santiago Centro cada dos meses, ya que doña Bertha está registrada como “partera voluntaria rural” del IMSS-Prospera.

Con su tono de voz bajo y acariciando ella misma sus manos llenas de arrugas, afirma que su mamá y su abuela materna también se dedicaban a “cortar ombligos” [refiriéndose al ejercicio de la partería]. También comenta que aprendió por ellas, porque siempre estaba presente en los partos que tuvo su mamá y también acompañaba a su abuelita (como cariñosamente la menciona) a “cortar el ombligo”. Afirma que buscaban mucho a su abuelita, iban a diferentes barrios pertenecientes de Santiago Centro, como Tlamaya, Ixtla, entre otros.

Nomás veía a mi mamá, pero nunca me dijo qué voy a hacer en el parto, yo aprendí por verla, pero cuando ella estaba en la cama [enferma a pocos días de morir] me dijo que me cuide, por eso no quiero ir en la noche a sus casas a atenderlas, porque eso **no sirve** [expresión local para referirse a una situación o actitud que no debe hacerse o decirse]. Me dijo mi mamá, que un día vinieron a buscarla, porque una señora se andaba aliviando, cuando llegó a la casa, la señora fue a tener a su bebé al baño, y dice que le pegaron a mi mamá porque el bebé nació ahí, por eso no quiero, porque no está bueno que vayas a andar en sus casas, por eso yo no voy de noche, sólo de día. Después me dijo, que otro día, se fue mi mamá allá por San José, y el señor estaba borracho y bajándose el pantalón, entonces le gritó a la señora, y por eso yo no voy, lejos yo no voy. En la clínica si me dan una paciente si voy, pero si me vienen a buscar de otro lado yo no voy, porque me da miedo.

En el relato anterior, queda expuesto que doña Bertha aprendió de su mamá y su abuela, quienes eran reconocidas como parteras en distintos barrios pertenecientes a Santiago Centro. Otro de los aspectos importantes es el riesgo al que se enfrentaba la mamá de doña Bertha; sin embargo, no se tiene información suficiente para abordar el tema con más profundidad, ya que fue el único caso descrito al respecto. Doña Bertha también hace explícita la función que tiene como partera registrada en el IMSS-Oportunidades/Prospera señalando que por medio de la clínica refieren a mujeres que se encuentran en proceso de embarazo para brindar el seguimiento y reportar dichas actividades a la clínica.

Doña Tina “Yo no me niego cuando me vienen a buscar para irlos a sobar”

Doña Tina es una mujer de 52 años, de estatura alta, cabello largo que casi siempre trae trenzado, es originaria de Santiago Centro; ella es bilingüe, su lengua materna es el náhuatl, y en la escuela aprendió a hablar español, respecto a sus estudios, no terminó de estudiar la primaria, pero sí sabe leer y escribir.

Cuando tenía 18 años tuvo a su primer hijo, en total tiene siete varones y una hija. Afirma que los primeros cuatro hijos, los tuvo con partera y los últimos cuatro ella sola asistió sus partos. A la edad de 25 años empezó a brindar atención a las mujeres durante el embarazo, dando masajes en el vientre de las mujeres embarazadas para acomodar a los bebés y asistiéndolas durante y después del parto.

Doña Tina tiene 10 años siendo asistente rural²⁹ de Santiago Centro, ella recibe capacitaciones y organiza talleres de diferentes temas sobre salud sexual y reproductiva; además, está coordinada con la vocal de PROSPERA. También se coordina con la enfermera de la clínica, para agendar citas médicas, vacunas y llevar el control de las Cartillas. Ella misma afirma al respecto:

Yo como asistente rural mando a las mujeres a la clínica, porque se enojan [refiriéndose al personal médico y de enfermería] si se van directamente al hospital general, pero

²⁹ El nombramiento de asistente rural se realiza en una reunión comunitaria y se elige por votación.

vienen aquí a la clínica y nunca las quieres atender, y si hay una muchacha que se pone mala porque tiene problemas de presión y si está embarazada y tiene más de 6 meses, tiene que ir a que la atiendan.

Respecto a la pregunta ¿Quién le enseñó a sobar y atender a las mujeres embarazadas?, ella respondió:

Dios me dio la vocación de ser como partera, me gusta también y yo no me niego cuando me buscan para ir las a sobar. De repente vino una señora a que la sobara, le dije yo no sé de eso, me dijo si sabes, ella se alivió en su casa y ese fue mi primer parto, y así. Dios me dio el don, un tiempo antes, como unos 6 meses antes, yo soñé, vi que Jesús estaba como en un bordo, estaba Jesús y María, en ese momento, me dijo despiértate, ahí está su hermana atiéndala, ¿Cómo es posible que me dices que atienda? me dijo no preguntes más atiéndala.

Los primeros partos que presenció doña Tina, fueron algunos partos de su mamá, como lo indica a continuación:

Yo sabía, porque mi mamá se atendía sola, y a mí me gustaba, pero ella me negaba, me decía que era un dolor de estómago, si ya es dolor de parto ya se apura, le llevé yerba, epazote y yerba buena, le dije acuéstate y después llegó la partera, antes amarraban con hilo de coser y le dan unas 7 vueltas.

En el relato anterior se muestran diferentes prácticas locales que Doña Tina utilizaba en la atención a las mujeres durante el parto, en estas prácticas se visibilizan las estrategias de asepsia utilizadas y aquellas relacionadas a la prevención de complicaciones después del parto.

b) Don Juan “No me enseñó nadie, diosito me dio el don”

Don Juan es un hombre de 65 años, originario de Santiago Centro, vive con su esposa y la familia de uno de sus hijos. Es un hombre de estura alta. Al entrar a su casa, de lado izquierdo tiene un altar con velas y diferentes imágenes de santos, como la virgen de Guadalupe, San Judas Tadeo, entre otros. Él está registrado como médico tradicional por parte del IMSS- Oportunidades y también se autodefine como partero.

También soy partero, las mujeres vienen a que las sobe, cuando la criatura está atravesada, que todavía no se acomoda bien, porque a ellas les duele y se sienten mal, les doy una barrida y las sobo. Antes también las veía cuando se aliviaban [refiriéndose a la hora del parto], me venían a avisar y yo me presentaba en su casa, pero ahorita ya no hacemos eso, no nos dejan ya, nos dicen en el hospital que las mandemos a Zacatipan.

Respecto a la pregunta de cómo aprendió a atender a las mujeres antes, durante y después del parto, comentó lo siguiente:

Yo no te voy a decir que me enseñaron, que alguien me dijo, yo solito, diosito me dio el don, yo empecé a trabajar cuando tenía 18 años a *cortar los ombligos*. Yo veía a una señora, una abuelita, estaba cerca, por aquí, la iba a ver y yo la iba a visitar y veía como les llegaban unas con el parto a su casa, y yo veía cómo las atendía, cómo le amarraba el ombligo, cómo le cortan y los embarazos se ensucian y nosotros les lavamos la ropa. Después conocí cómo trabajaba y le agarre la maña y despacito ahí voy, trabajando al pasito, hasta ahorita, pero como le digo ahorita ya no atendemos aquí, las mandamos a al hospital.

En los testimonios se puede observar que las parteras y el partero, le atribuyen a la vivencia onírica un efecto revelador para ejercer la práctica de la partería, cabe mencionar que los “sueños” descritos, están vinculados con personajes religiosos, como vírgenes, Niño Dios, etcétera. Sin embargo, el factor onírico se presenta después de la experiencia y la adquisición de conocimiento que se transmite generalmente por una mujer, como la madre –como en el caso de doña Tina y doña Berta que estaba en los partos de su mamá, a veces con presencia de alguna partera y en otras ocasiones sin asistencia– y por la cercanía que ellas desde niñas tenían con sus abuelas parteras, siendo la atención a las mujeres durante el embarazo y parto vivencias cotidianas para ellas. En el caso de las parteras, la experiencia propia de numerosos partos y la auto-atención durante ellos, es un factor presente en las narrativas.

Aunque Don Juan afirma que su abuela era partera pero nunca la conoció, y que no tiene familiares que practiquen la partería tradicional, también afirmó que el conocimiento lo aprendió de otra

partera a la que visitaba, al presenciar la asistencia que ella brindaba a las mujeres antes, durante y después del nacimiento de sus hijos e hijas.

Las diferencias observadas entre las parteras y el partero tradicional están en el ámbito de la remuneración que se recibía por la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Ya que coinciden las parteras en que ellas no tenían ninguna tarifa fija en el costo de la atención y siempre se apela a la voluntad de la persona que recurre a sus servicios; sin embargo, el partero sí tenía tarifas de cobro específicas [esto se visibilizó en las narrativas de parteras y el partero]. Esto posiblemente nos habla de una jerarquía de género, en donde la práctica de las mujeres parteras no se reconoce como un trabajo por el cual merezcan una remuneración específica, sino que es entendido como una extensión de sus roles de género donde el deber de cuidado a otros y otras está presente. Por otra parte, el trabajo del partero no estaba sujeto a la negociación por el pago de su trabajo con las mujeres que atendía. Aun y cuando las mujeres tienen preferencia por ser asistidas por Doña Rita, teniendo así el reconocimiento social-comunitario no se refleja en la modesta remuneración económica que recibe por asistir a las mujeres durante el embarazo y puerperio. Por esa razón se deduce a la jerarquía genérica.

Actualmente, el IMSS-Prospera/Oportunidades no permite a las parteras y parteros tradicionales que se cobre por sus servicios, ya que reciben una compensación económica fija por medio de esta institución de salud. Más adelante se profundizará sobre el tema de la remuneración económica.

Otra de las diferencias genéricas que existe en relación a la práctica de la partería, señalada por una de las parteras tradicionales, es que ellas como mujeres guardan en confidencialidad los detalles del parto y las características del cuerpo de las mujeres, afirmando que los hombres sí ventilan estas características con otros hombres. Como lo señala es el siguiente testimonio: “Nosotros cómo mujeres no contamos cómo está el cuerpo de la compañera, pero con los hombres es diferente, por eso es mejor con nosotras, y ellas nos buscan más, porque el hombre les va contar a otros cómo está tu cuerpo” (Partera). Las narrativas dan cuenta de la poca relación que tienen aspectos como el reconocimiento

social y comunitario con las cuotas de remuneración económica que reciben parteras y parteros tradicionales.

Este apartado da cuenta de la conformación de las prácticas de la partería tradicional como parte del modelo médico alternativo subordinado. Eduardo Menéndez (2003) identifica el ejercicio de atenciones a la salud brindadas por este tipo de modelo como populares y tradicionales, ya que están conformadas por terapeutas especializados y reconocidos por la comunidad.

Si bien, durante la introducción se mencionó que la definición de partera tradicional que más se acerca a los terapeutas locales de Santiago Centro es la que estipula la NOM 007, donde se define a las parteras como las personas que pertenecen a comunidades indígenas y rurales que han sido formadas y practican el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y el recién nacido. Es necesario evidenciar que en los testimonios mostrados, las parteras y el partero que participaron en esta investigación se autodefinen como terapeutas tradicionales usando la expresión de “cortar el ombligo” para referirse al ejercicio de la partería tradicional, también se observa que en la conformación de su identidad como terapeutas locales se perciben como portadores de un “don divino” que les fue revelado por medio de un “sueño”, estos aspectos están ausentes en la definición de la NOM 077; sin embargo son elementos que conforman la identidad de las parteras y parteros de Santiago Centro.

Cuando se habla de parteras y parteros tradicionales en esta tesis nos referimos a las personas que tienen pertenencia étnica nahua y les es reconocido por su entorno social el conocimiento sobre distintas prácticas locales de atención a la salud en general y asistencia a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Generalmente estos conocimientos les fueron socializados por alguna mujer de su red de parentesco. También existe una percepción personal y comunitaria respecto a ser portadoras y portadores de un don divino que les ha sido revelado por un “sueño”. Y además son personas que han sido capacitadas por algún organismo del sistema de salud público como el IMSS Prospera/Oportunidades.

3.2 “Nosotros no hacemos eso”. Discurso oculto de las parteras y parteros sobre la atención

hospitalaria de las mujeres.

Este apartado tiene la finalidad de mostrar las opiniones que tienen las parteras y parteros tradicionales que participaron en la investigación, las cuales conforman el discurso oculto que las y los terapeutas tradicionales tienen respecto a la atención hospitalaria que reciben las mujeres por parte del personal médico y de enfermería.

Recordaremos a Scott (2000) cuando afirma que el discurso oculto lo conforman aquellas narrativas y acciones que van en contra del discurso público dominante y se expresan en un ámbito privado. Cabe señalar que las narrativas que se presentan se consideran discurso oculto porque se obtuvieron en un ámbito lejano al público y demás se refieren al desacuerdo que tienen las parteras y el partero respecto a algunas prácticas medicalizantes utilizadas durante la atención a las mujeres nahuas durante el embarazo y parto.

Respecto a la atención que reciben las mujeres durante el parto en el hospital, lo que han escuchado las parteras y el partero tradicional de las mujeres –e incluso su opinión personal– es diversa cuando se refieren al trato que reciben; sin embargo, las prácticas biomédicas con las que están en desacuerdo las parteras y el partero son el corte vaginal [medicamento llamado episiotomía] y la limpieza de útero [práctica en la cual el personal médico introduce la mano al canal de parto para retirar residuos placentarios] realizadas por el personal médico, como se señala en las siguientes narrativas:

Yo creo que está bien que las atiendan en el hospital, porque aquí no tenemos todo lo necesario para hacerlo, allá si tienen sus fierros y todo sale bien, ya nomás llega el bebé, y los dos sanos (Partera/o).

Yo no he hecho de que rompen a lo de la mujer, a la otra muchacha le empezó a salir agüita. Aunque allá los doctores si les rompen y las limpian por dentro, pero es diferente con las parteras, aquí nosotros no hacemos eso (Partera/o).

Está bien que se vayan para Zacatipan, una muchacha me dijo que la atendieron rápido, y ya anda acá con su bebé. (Partera/o).

Les ponen suero y las inyectan, unas dicen les duele mucho y no les gusta ir porque no las atienden bien, les duele que las rompan [refiriéndose al corte vaginal], yo creo que eso no está bien, a ellas no les gusta y les duele (Partera/o).

Podemos señalar que estas narrativas son un elemento que conforma a la infrapolítica (Scott, 2000), entendida como el conjunto de expresiones de resistencia que se manifiestan de forma indirecta, lo señalado en las narrativas solo es un componente que se irá sumando a otras formas de expresar resistencia que se analizarán en este capítulo. A continuación, revisaremos las acciones gubernamentales que se han realizado respecto a la incorporación de las parteras y parteros en las redes de atención la salud materna, las cuales se pueden considerar como parte del discurso público que se genera desde las instituciones de salud.

3.3 Incorporación de las Parteras tradicionales en las redes de atención a la salud materna

En México y en otros países de Latinoamérica cuando se habla de la atención en salud materna dirigida a población indígena, es imposible dejar de pensar en la práctica de las parteras tradicionales y cómo ésta, a lo largo del tiempo, se ha transformado por distintos factores.

Actualmente los programas gubernamentales que existen para la articulación de parteras tradicionales con los servicios de salud pública en México, tienen como antecedente la iniciativa de diferentes organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y otros que han generado iniciativas, declaraciones y cualquier variedad de documentos en los que se reconoce a los y las parteras tradicionales como agentes importantes en la atención de la salud materna.

Sin embargo, todos esos documentos han surgido en distintos momentos históricos y responden a diferentes organismos y objetivos. En esta ocasión me limitaré a presentar en la siguiente tabla los diferentes documentos revisados, señalando el año, los organismos y el objetivo de cada documento.

Tabla 5. Documentos revisados en relación a la incorporación de las parteras tradicionales a los servicios institucionales de salud materna

Documento	Organismo impulsor	Aportes	Observaciones
<p>Declaración conjunta sobre parteras tradicionales 1998.</p>	<p>OMS UNICEF FNUAP</p>	<p>Pasos para la implementación de los programas de parteras tradicionales.</p> <p>Planteamiento de los siguientes objetivos puntuales de los programas de parteras:</p> <p>El fortalecimiento de los vínculos entre la comunidad y los servicios de salud existentes, ampliar el número de partos atendidos por parteras tradicionales adiestradas y optimizar los conocimientos.</p> <p>Comprensión de las parteras tradicionales con el fin de mejorar la salud reproductiva de las mujeres y reducir la mortalidad materna.</p> <p>Descripción diferenciada de las características que conforman a los procesos de registro, la autorización para ejercer y la certificación, todos ellos dirigidos a las parteras tradicionales.</p>	<p>Medidas de higiene como un recurso necesario en el ejercicio de la partería tradicional.</p> <p>Uso del término “adiestramiento”, entendiéndolo la connotación unidireccional propuesta para implementar este tipo de programas y acciones para las parteras tradicionales, ya que remite a enseñar a hacer, y si partimos de ahí, existe una invisibilización y negación de los conocimientos que tienen las parteras tradicionales.</p>

Guía de autorización de parteras tradicionales.	Secretaría de Salud	Descripción puntual del marco normativo que reconoce a las parteras tradicionales como sujetas de derechos.	Uso del término “personal no profesional autorizado”, que se le asigna de forma legal a las parteras tradicionales y otros terapeutas de la “Medicina Tradicional”, y que califica lo profesional o no profesional desde un marco hegemónico del conocimiento, como lo es la biomedicina, contribuyendo al ejercicio de poder desigual entre modelos de atención, en este caso, de la salud materna.
Metodología de “Encuentros de enriquecimiento mutuos”.	Subsecretaría de Innovación y Calidad Gobierno Federal Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural	Descripción y categorización de la relación que existen entre las parteras tradicionales y el personal médico y de enfermería.	Falta de documentos que den cuenta del seguimiento que se ha tenido de los encuentros. Una de las limitantes de esta metodología, es que el planteamiento metodológico que propone no es rector dentro de la Secretaría de Salud respecto a las acciones impulsadas para la vinculación con las parteras tradicionales.

*Elaboración propia con base en los documentos revisados.

Recordaremos a Scott (2000) cuando se refiere al discurso público como aquella apariencia que el grupo en posición dominante quiere reflejar. Si bien, los documentos revisados me permitieron tener un acercamiento con los discursos públicos generados en distintos niveles (nacional, internacional) respecto a la vinculación de los servicios médicos institucionales, cada uno de los documentos surgió en momentos históricos distintos, por el carácter de la investigación no ahondaré en ellos. Ahora bien, de

forma concreta, para el caso de Santiago Centro, la política rectora en torno a la práctica de la partería se fundamenta en los estatutos del IMSS-Prospera. De esto se da cuenta a continuación.

3.4 IMSS-Prospera/Oportunidades

Ya que la institución por la que están vinculados parteros, parteras empíricas y el personal médico y de enfermería en la atención a la salud materna en la localidad de Santiago Centro es el IMSS-Prospera/Oportunidades, se revisaron diferentes documentos sobre lineamientos e informes correspondientes a las acciones institucionales en las que están involucradas las parteras tradicionales, con el fin de conocer el discurso público y contrastarlo con lo observado durante el trabajo de campo y lo encontrado en las narrativas que conforman el discurso oculto de las actoras y actores participantes. A continuación, se presenta el siguiente cuadro con el nombre de los documentos revisados.

Tabla 6. Documentos oficiales del IMSS-Prospera/Oportunidades respecto al programa de interrelación con parteras tradicionales

Nombre del documento	Año de publicación o periodo que informa
Reglas de operación	2016 y 2018
Libro blanco	2013-2018
Libro blanco	2007-2012

*Realización propia en base a los documentos revisados.

Dentro del catálogo de servicios que ofrece el IMSS-Prospera/Oportunidades se encuentra el control prenatal a embarazadas de bajo y alto riesgo, además de la planificación y consejería en salud sexual y reproductiva. En las reglas de operación del IMSS-Prospera/Oportunidades se identifica a las parteras voluntarias rurales [por sus siglas PVR] como parte de la Red Comunitaria que genera la

institución en las localidades de cobertura. En las reglas de operación publicadas en el diario oficial el día 26 de diciembre de 2017, se define a las parteras voluntarias rurales de la siguiente manera:

Las Parteras Voluntarias Rurales, personas que reúnen condiciones de liderazgo en su comunidad, conocimientos, experiencia y habilidades para la atención del embarazo, parto y puerperio y que voluntariamente acepta formar parte de la Red Comunitaria del Programa. Reciben orientación regular en salud sexual, reproductiva, ginecológica y materno-infantil.

Esta definición de partera voluntaria que se refleja en un documento oficial, por lo cual es un elemento que conforma el discurso público respecto a la imagen que la institución quiere proyectar para la implementación de las acciones de capacitación y otras que involucran a las parteras y parteros tradicionales. En su momento se comparará esta expresión del discurso público, con otros elementos del discurso oculto del personal médico y de enfermería.

El programa de interrelación con las parteras rurales, se desprende de las iniciativas dirigidas a la organización y participación comunitaria con el fin de contribuir a la reducción de la muerte materna, como se postula a nivel institucional. A continuación, se presentarán datos obtenidos de los lineamientos e informes del IMSS que rigen las funciones de las parteras, con la intención de contrastarlos con las narrativas obtenidas de las entrevistas realizadas. Estos datos giran en torno a los siguientes ejes:

- a) Registro de parteras y parteros tradicionales del IMSS-Prospera/Oportunidades.
- b) Responsabilidades y funciones de las parteras y parteros voluntarios rurales captados por el IMSS-Prospera/Oportunidades.
- c) Capacitación de parteras voluntarias rurales, como dispositivo disciplinario.
- d) Remuneración económica.

3.4.1 El registro de parteras tradicionales.

El proceso de registro de parteras tradicionales fue un empadronamiento que se realizó en diferentes estados del país con el fin de identificarlas como enlaces comunitarios para la promoción institucional

de la salud materna. Existen diferentes instituciones que realizan empadronamientos de parteras y parteros tradicionales como la Secretaría de Salud, el IMSS-Prospera, entre otras.

En el “Modelo de atención estratégico con perspectiva de género dirigido a parteras tradicionales y profesionales del sector salud de la región huasteca del estado” realizado por el Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí (IMES) en 2011, se documenta el registro de 1,869 parteras tradicionales, las cuales colaboran con diferentes instituciones pertenecientes a los servicios de Salud. El 77% de las parteras se encuentran adscritas a los sistemas de salud que pertenecen a la Secretaría de Salud y el 23% restante al Instituto Mexicano del Seguro Social. También se menciona que no se encuentran captadas al 100% las parteras tradicionales del estado de San Luis Potosí. Este último dato es importante, ya que este registro no da cuenta del número real de parteras y parteros que existen en las diferentes localidades, siendo que la prioridad del registro se centra en contactar a las parteras tradicionales con el objetivo de que ellas funjan como promotoras de los servicios de salud institucional.

Las parteras y el partero participantes en la investigación –a excepción de una de ellas– se autodefinen como “registrados”, y esta característica les da la autorización institucional (IMSS-Prospera/Oportunidades) para continuar haciendo seguimientos y control a las mujeres durante el embarazo; sin embargo, la atención del parto está estrictamente controlada por el sector salud, por lo menos en la localidad de Santiago Centro.

Yo me registré en Zacatipan, pero mis papeles están en México. Como la asistente de salud era mi comadre, me dijo, yo te anoté comadre, y me dijo que entregara mi credencial y otros papeles, nosotros estamos registradas en México, y yo le dije que no quería, porque yo no sé mucho, pero tengo como una obligación, tengo que ir a ver a la paciente y la tengo que atender, sobarla, arreglar a su bebé, luego lo mido, lo reviso cada mes (Partera/o).

Pertenecer al registro dota a las parteras y parteros de una “aceptación” institucional de la práctica y al mismo tiempo se ejerce regulación de la misma, más adelante se profundizará al respecto. Se puede

observar como el discurso público se apega a las acciones de registro con funciones de legalidad y “aceptación” de la práctica de la partería tradicional.

Volviendo a la propuesta de Scott (2000), no olvidemos que los eufemismos son una estrategia que el discurso público promueve para ocultar los hechos mal vistos o desagradables. A razón de esto, me pregunto si ¿El “registro” será el eufemismo utilizado para enmascarar la cooptación³⁰ de parteras y parteros tradicionales?

Por otro lado, a las parteras que no pertenecen a dicho registro, la institución no les reconoce el ejercicio dentro de la partería tradicional, aunque a nivel comunitario se cuente con el reconocimiento de las mujeres, como se muestra en los siguientes testimonios:

Hay una partera que no está registrada, según ella también ve a las embarazadas, pero no está registrada, con las que enviamos a los pacientes son con esos dos que sí están registrados (Enfermera).

Yo no estoy registrada, no quieren en el hospital, pero sí me vienen a buscar para que las sobe (Partera/o).

De esta forma se entiende que la acción de registro se realiza con el objetivo de identificar a un partero o partera por localidad, quien será destinada a realizar funciones de promotora de salud, y no con el objetivo de realizar un empadronamiento real que refleje el número de parteras y parteros tradicionales que ejercen su práctica en las localidades. Respecto a la acción de registro, una partera tradicional de la localidad dio el testimonio de haber sido rechazada por parte del personal médico y de enfermería para formar parte del proyecto institucional, caso que se mencionará más adelante.

³⁰ Entiéndase cooptación a la acción de apropiarse ideológicamente de una persona, grupo o institución para controlar los ámbitos en donde estos grupos lleven a cabo sus actividades.

3.4.2 Responsabilidades y funciones que tienen las parteras y parteros que colaboran en el programa de interrelación del IMSS-Prospera

En los documentos del IMSS-Prospera existe poca información respecto a las responsabilidades y funciones que tienen las parteras y parteros tradicionales que participan en el programa de interrelación, por ejemplo, en el informe de 2012 a 2018, en el apartado de Parteras Voluntarias Rurales vinculadas al Programa IMSS-Prospera y su papel en la atención y prevención de riesgos del embarazo, se informa que las parteras han contribuido a la disminución de la morbilidad materna e infantil, en el incremento de la cobertura que se ha tenido en la planificación familiar y la promoción de la lactancia materna. En dicho informe también incluye que:

Las parteras derivaron 235,919 embarazadas a control prenatal y contribuyeron a la adopción de métodos de planificación familiar con 240,644 envíos para prescripción, con incremento del 285% en comparación del 2018 con 2,013 (2018:103).

Los datos anteriores forman parte del discurso público que es utilizado para informar sobre las acciones de las parteras dentro del programa institucional. Con el objetivo de conocer más información oficial que diera cuenta de las funciones que realizan parteras y parteros tradicionales en la vinculación institucional con el IMSS, me di a la tarea de revisar el informe del IMSS-Oportunidades de 2007 a 2012, en el cual se menciona el siguiente apartado:

Las parteras voluntarias (PVR) son líderes en su comunidad, con conocimientos y habilidades para la atención del embarazo, parto y puerperio. El acuerdo de cooperación voluntaria entre PVR y el Programa se denomina “interrelación” y significa que las PVR aceptan reportar las actividades que realizan en beneficio de la población y recibir orientación y asesoría técnica bimestral en las unidades médicas en consejería en salud

reproductiva, materno infantil y ginecológica, búsqueda intencionada de embarazadas, atención de parto de bajo riesgo, derivación de mujeres a unidades médicas para atención del parto de alto riesgo; control e identificación de factores de riesgo; aplicación de métodos anticonceptivos temporales o definitivos; exploración de mamas; exploración ginecológica; visualización cervical o toma de citología cervical y la derivación de los recién nacidos a unidades médicas para la prueba del tamiz neonatal ampliado, inicio del esquema de vacunación y elaboración de certificados de nacimiento (2012:94).

En las funciones y responsabilidades que se determinan para la partera tradicional y el partero que se encuentran registrados por medio del IMSS-Prospera/Oportunidades en Santiago Centro, se identificaron coincidencias e incongruencias en el discurso oculto de las y los participantes, como se observa a continuación:

Lo que hace la partera es dar la identificación de la embarazada y el seguimiento de todo el embarazo, ellas van a los domicilios, a veces hasta diario, ellas pueden detectar alguna complicación, y ellas nos la refieren a nosotros, si se presentara la circunstancia de atender un parto a ellas se les dota de equipo, tienen pinzas, gasas, guantes (Personal médico).

Las responsabilidades a las que se comprometen las parteras y el partero tradicional son a llevar de forma mensual o bimestralmente formatos con los datos registrados de las mujeres a las que han dado seguimiento durante el embarazo (Personal médico).

Cada mes entregamos el reporte y cuando ya nació el bebé ponemos la fecha, si es niña o niño, y luego los mandamos a Tamazunchale, cada mes los mandamos, yo tengo mi libreta (Partera/o).

Las funciones que coinciden entre las narrativas de terapeutas tradicionales, personal médico y de enfermería que conforman el discurso público con los documentos oficiales del IMSS-Prospera/Oportunidades identificados como parte del discurso público son: la realización de reportes sobre las actividades que realizan parteras y parteros tradicionales, las visitas intencionadas a mujeres que se encuentran en proceso de embarazo y la derivación al hospital regional de las mujeres embarazadas en caso de señales emergencia y trabajo de parto; además de la derivación a recién nacidos

para aplicación de vacunas y, por último, la asistencia de parteras y parteros a las acciones de capacitación y asesoría técnica.

Por el contrario, las funciones que se encuentran desfasadas porque se establecen en los lineamientos del programa, pero no son identificadas en las narrativas de las parteras y parteros tradicionales, ni en las narrativas del personal médico y de enfermería, son la atención a las mujeres durante el parto de bajo riesgo, la aplicación de métodos anticonceptivos, exploración de mamas, toma del Papanicolaou y la elaboración de certificados de nacimiento. Ya que las parteras y parteros de la localidad tienen restringida la atención de las mujeres durante el parto, en lo cual se profundizará más adelante.

El personal médico y de enfermería identifica como necesaria la relación que se tiene con las parteras tradicionales para el seguimiento médico que se brinda a las mujeres durante el embarazo, ya que una de sus funciones es derivar a las mujeres que no han asistido a sus consultas mensuales en la clínica a que lo hagan, al respecto se muestra el siguiente testimonio:

La comunicación entre ellas con nosotros, se da para cualquier problema que tengamos, es que, si una paciente no ha venido, pues le pasamos la razón a la partera para que ella nos la envíe, o alguna promotora, entonces ellas mismas nos hacen mandar a las embarazadas (Personal de enfermería).

De esta forma es clara la función utilitaria que se les asigna a las parteras y parteros tradicionales, ya que son vistos como un recurso comunitario que permite al personal de salud institucional estar vigilante de las mujeres durante el embarazo y parto. Así, puedo decir que se invisibiliza el papel de las parteras y parteros tradicionales como agentes de salud que cuentan con conocimientos para la atención de las mujeres durante en el embarazo, parto y puerperio.

Por otro lado, en el testimonio también se evidencia la infantilización con la que algunos trabajadores pertenecientes al personal de salud se refieren a las mujeres que se encuentran en el proceso de embarazo y parto.

Se puede entender que algunas de las funciones de las parteras registradas están dirigidas a estar al servicio de las instituciones de salud como parte de una estrategia para incrementar la cobertura de la atención de las mujeres durante el embarazo y el parto, ya que muchas veces, las parteras tradicionales acompañan a las mujeres que han empezado el trabajo de parto al hospital más cercano, como lo podemos ver en el siguiente testimonio:

Cuando ya están con dolor pues sí, a dos mujeres las acompañé hasta Zacatipan, a una de ellas le dije que yo no tenía para el pasaje, pero me dijo que ella me lo pagaba y fui a acompañarla, el esposo de ella no estaba, ella tenía miedo de que la atendiera en la casa, porque era su primer bebé y no estaba su esposo, yo fui a hablar por ella, les dije vengo con mi paciente para que la atiendan ya trae dolor. Sí la pasaron luego, me dijeron que como a las 10 u 11 nació el bebé, me dijeron los doctores “tú ya te puedes ir nosotros la vamos a atender”, y me fui a mi casa, pero sí nació bien el bebé, yo siempre les digo que se vayan a Zacatipan (Partera/o).

Una de las funciones estipuladas por los documentos oficiales del IMSS-Prospera que se les atribuye a las parteras y parteros voluntarios rurales es la atención de las mujeres durante el parto de bajo riesgo, este elemento conforma otro elemento del discurso público; sin embargo, en la localidad esta función no se desempeña, por el contrario, el discurso oculto del personal médico y de enfermería está dirigido a la prohibición y control de la atención a las mujeres durante el parto asistido por las terapeutas locales:

Las mujeres me siguen buscando para acomodarles al bebé cuando viene atravesado, pero ya no nacen aquí los bebés, ya no nos dejan en el hospital atenderlas en el parto (Partera/o).

El testimonio da cuenta de un elemento de infrapolítica que tanto las mujeres como las parteras y parteros tradicionales llevan a cabo: “la sobada”. En este sentido, se retoma a Scott cuando señala que “el dominador nunca controla totalmente la escena, pero normalmente logra imponer sus deseos” (2000:27). Es decir el “ya no nos dejan” mencionado en el discurso oculto de las terapeutas, evidencia a incongruencia del discurso público y el discurso oculto que maneja en la institución del IMSS-Prospera/Oportunidades respecto a la atención a la salud materna y su relación con las parteras y parteros tradicionales, pero la asistencia de las mujeres durante el embarazo constituye una fisura que quebranta de alguna forma el discurso oculto del grupo dominante.

En este sentido, los informes y demás documentos generados por el IMSS muestran una inconsistencia respecto a la atención brindada por parteras y parteros tradicionales a las mujeres durante el parto, ya que esta práctica no se encuentra prohibida explícitamente en el discurso público, aunque en los documentos sí está estipulada la promoción de la atención hospitalaria de las mujeres durante el parto, informando como logro la reducción gradual de la asistencia brindada por las parteras, como se muestra a continuación:

Respecto a la promoción del parto se logró una reducción gradual de la atención del parto por parteras, disminuyendo de 13,317 en 2007 a 11,885 en 2011, lo que representa el 12.1 por ciento del total de partos atendidos en el Programa (Libro blanco 2007-2012:98).

En IMSS-Prospera se fomenta la atención del parto por personal calificado a fin de reducir riesgos y proporcionar el manejo en caso de alguna complicación; en 2012, la atención institucional del parto fue del 90.7% y en 2018 de 94.8%, lo que representa un incremento de 4.1 puntos porcentuales (Libro blanco 2013-2018:98).

A razón de lo anterior es evidente el esfuerzo institucional que se realiza respecto al incremento de la atención hospitalaria de las mujeres durante el parto y con ello, aunque no esté tácitamente escrito, reducir y eliminar las probabilidades de atención que las parteras y el partero brindan en sus localidades.

3.4.3 Capacitación de parteras voluntarias rurales, como dispositivo de disciplinamiento

Los talleres de actualización y capacitación que el IMSS-Oportunidades realiza para las parteras y parteros voluntarios rurales, tienen los siguientes objetivos:

Se pretende que a través de las capacitaciones y orientación la asistencia se dé en las mejores condiciones posibles para la embarazada. [...] Motivar cambios en los procesos de atención que brindan las PVR y erradicar prácticas erróneas. Los temas que se revisan en las capacitaciones son: planificación familiar, reglas para la esterilización del equipo básico y técnica de lavado de manos, diagnóstico oportuno de urgencias obstétricas y su manejo, atención del puerperio normal y el recién nacido, fortalecimiento de la red social, control prenatal (embarazo normal y diagnóstico del embarazo de alto riesgo con énfasis de las enfermedades más frecuentes) y la atención al parto (manejo adecuado del alumbramiento y diagnóstico oportuno de urgencias obstétricas y su manejo), acciones que salvan vidas(2012:96).

Las parteras y el partero denominan “cursos” a todas las acciones de capacitación a las que han asistido. Y se identifican aspectos que consideran gratificantes, como la oportunidad de conocer otras ciudades (Ciudad Valles, San Luis, Morelia Michoacán, etc.), estar conviviendo con sus compañeras y compañeros de otros lugares, escuchar y aprender sobre diferentes temas.

Hace como cinco años que fuimos para Valles y San Luis, sí me gusta, porque esta bonito allá, y estar con mis compañeros. Somos más mujeres. Y sí me gusta ir a los cursos, aunque no sé leer ni escribir, pero allá me dicen que sólo escuche. Los temas que nos dan son de cómo arreglar un bebé cuando nace, del parto, si se hinchan o no se hinchan los pies, y todas esas cosas (Partera/o).

Cuando tuve mi primera capacitación me dejaron entrar a un parto con ellos, pero ya después ya no, ahí aprendí de todo, la pena se tiene que quitar, cuando nace el bebé

tienen que estar listos con la tijera, con la pinza, con todo lo que se ocupaba, hay que tener la cinta para medir al bebé, antes no lo medíamos, ni lo pesábamos, porque no conocíamos eso (Partera/o).

Entre los aspectos que, de acuerdo con los testimonios, al partero y las parteras tradicionales les gustaría cambiar de los cursos está el idioma, preferirían que se hagan más capacitaciones en náhuatl porque la comprensión de los temas se dificulta con el idioma castellano, como se presenta el siguiente testimonio: “los cursos los da un ingeniero³¹, pero los da en español, a veces no entiendo, a mí me gustaría que fueran en náhuatl para entender más” (Partera/o).

Entre los temas que el partero y las parteras tradicionales identifican haber escuchado y aprendido durante su participación en las capacitaciones son la detección de signos de emergencia que las mujeres pueden presentar durante el embarazo o en el trabajo de parto, aspectos de higiene y uso de instrumental durante la atención al parto, como se puede ver en el siguiente testimonio: “Ahí nos dicen que la sangre es mala, no la puedes agarrar con tu mano, y no tengo guantes ni tengo nada, necesita guantes, necesita para limpiarlo y yo no tengo nada” (Partera/o).

De esta forma se puede apreciar cómo la información manejada en las diferentes acciones de capacitación las va procesando el partero y las parteras tradicionales que participan en este tipo de acciones y cómo este procesamiento de información va teniendo efecto en la vida cotidiana y el ejercicio de las prácticas de atención en la salud materna.

Siguiendo con los contenidos temáticos de las capacitaciones, el personal médico y de enfermería también mencionaron aquellos aspectos referentes a la detección de signos de alarma durante el embarazo y el trabajo de parto, pero también se mencionaron otros como la prevención de cáncer de mama y cervicouterino, reconociendo que las parteras tradicionales pueden hacer labor difusión y

³¹ La persona encargada de las capacitaciones a las parteras y parteros tradicionales del Hospital del IMSS Prospera ubicado en Tamazunchale tiene una formación profesional que no es a fin con las ciencias de la salud, puesto que es el encargado de facilitar información sobre la atención de las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y otros aspectos generales de la salud.

persuasión con las mujeres de las localidades donde ellas se encuentran, como lo podemos ver a continuación:

La preclamsia, eclampsia, los embarazos complicados, porque se ocupan otras tecnologías, pero lo que más vemos es la prevención más les inculcamos que nada, cuando una paciente o embarazada se encuentra con problemas de salud, de presión y otras dificultades, la misma partera nos hace guiar la paciente, para checarla y saber cuál es la dificultad (Personal médico).

Específicamente con las parteras son temas como la vigilancia durante el embarazo, las complicaciones, el puerperio, ellas mismas también orientan de cuáles son los cuidados a los niños recién nacidos, a la alimentación y nutrición, pero como somos un equipo muy integral no sólo se deben ver las cuestiones del embarazo, también incluye o implica la prevención de un próximo embarazo, de alguna manera tratan de dar consejería para que las embarazadas, como son las que tienen un mayor arraigo, nos ayudan a convencer a las señoras de que se venga a hacer las detecciones de cáncer cervicouterino, el Papanicolaou (Personal médico).

Durante el proceso de capacitación a las parteras tradicionales se les proporciona un maletín con instrumental³² que el sistema de salud institucional considera necesario para la atención a las mujeres durante el trabajo de parto y nacimiento de la criatura. Esta acción es otro elemento del discurso público frente a la vinculación con parteras y parteros tradicionales. Sin embargo, este tipo de atención sólo se recomienda hacer en momentos de emergencia, cuando el transporte no es accesible o el trabajo de parto ya esté muy adelantado y no de tiempo de llegar al Hospital de Zacatipan.

Esta acción de darles un maletín con instrumental para la atención del parto es contradictoria, ya que por parte del personal médico y de enfermería el discurso oculto se enfoca en el ejercicio de presión sobre las parteras y parteros tradicionales, para no atender a las mujeres durante el parto, ya que es un elemento del discurso oculto que se ha hecho efectiva en la región.

³² Este maletín contiene pinzas y tijeras para cortar el cordón umbilical, campos esterilizados, entre otros artículos necesarios para la atención de las mujeres durante el parto.

Respecto a las percepciones del personal médico y de enfermería sobre las acciones de capacitaciones se identifican las pláticas de actualización sobre distintos temas, en las cuales no sólo están dirigidas a las parteras tradicionales, como lo podemos ver en el siguiente testimonio:

Aquí cada mes se les da una plática de tema de actualización capacitación, pero no sólo es a las parteras, también a las asistentes rurales que fungen como asistente de salud para las comunidades, a los comités de salud, tenemos encuentros con la estructura comunitaria que incluye a los comisariados, jueces para que entre todos hagamos un mejor desempeño de salud aquí en la comunidad. Esos temas los impartimos las enfermeras y yo, contamos con dos enfermeras, una de ellas está los sábados y los domingos y otra que está conmigo de lunes a viernes, y a los tres nos toca participar en la capacitación (Personal encargado del programa de interrelación con parteras y parteros tradicionales).

Sin embargo, en los dos periodos de trabajo de campo que estuve en Santiago Centro se cancelaron tres de las reuniones que se tenían planeadas en las que participarían parteras y parteros de la región.

En las capacitaciones para parteras y parteros se imparten temas de diferente índole, incluso información sobre algún problema de salud pública que se considere una emergencia, con el objetivo de que parteras y parteros puedan difundirla a la población en general. Así se reafirman una vez más las funciones de promotoras de salud que la institución espera que desempeñen los terapeutas tradicionales, como se comenta a continuación:

Ellos manejan la atención al parto de forma empírica y ya nada más se les da una parte de la forma científica, la mayoría ya tienen muchos años de experiencia, más bien es para capacitarlos con problemas que se van suscitando, como Zika, dengue (Personal médico).

Sin embargo, según el discurso público institucional, las acciones de capacitación se realizan con el fin de elevar la “calidad” en la atención a las mujeres y la regulación de la atención a las mujeres

durante el trabajo de parto que brindan las parteras tradicionales. A continuación, se revisan los siguientes testimonios que dan cuenta de ello:

Si creo que es importante la capacitación para que puedan tener una atención con más calidad a las embarazadas que atienden. El programa tiene 30 años, un poquito más, depende del lugar y la zona, y desde antes que existiera el programa las parteras ya tenían actividades, y a raíz de que se empezó el programa se fue teniendo interrelación con ellas (Personal encargado del programa de interrelación con parteras y parteros tradicionales).

El objetivo de la capacitación con parteras y parteros es que el embarazo llegue a un feliz término, hablando de que haya un parto normal sin ninguna complicación, con la obtención de un bebé, lo que tratamos de evitar son las enfermedades, las complicaciones y las muertes maternas (Personal médico).

La capacitación es necesaria para que no atiendan partos sucios, es lo primero que nos importa. [¿Cuáles son los partos los sucios?] Son los partos en casa, los que atienden ellos, sin material esterilizado (Personal encargado del programa de interrelación con parteras y parteros tradicionales).

Los testimonios muestran la característica utilitaria que el modelo médico hegemónico ha dispuesto del papel social que juegan las parteras en sus localidades. En el último testimonio se evidencia de forma muy clara que los talleres y el mismo programa de interrelación con las parteras y partos tiene el objetivo de controlar la atención de las mujeres durante el parto en casa asistidas por los y las terapeutas locales, sin que este objetivo esté plasmado de forma explícita en las reglas de operación y otros documentos rectores. Estos testimonios nos proponen dos reflexiones, la primera es que hace evidente el discurso oculto del encargado del programa de interrelación con parteras y parteros, así podemos decir que el discurso oculto de los dominadores también es una estrategia para ejercer el poder, pues se conforma por las acciones, lenguaje y otras expresiones que manifiestan la dominación excluyente del discurso público (Scott 2000). A raíz de este ejemplo podemos entender que el discurso oculto de los grupos dominantes es el que influye de forma cotidiana y relacional en el ejercicio del poder.

La segunda propuesta para reflexionar se deriva de entender a los procesos de capacitación de parteras y parteros tradicionales, como dispositivos de disciplinamiento (Foucault 1998), ya que las capacitaciones y el programa en general, remiten a un conjunto de acciones que estipulan las normas que son autorizadas y aquellas que no están permitidas en el ejercicio de la partería tradicional y de interrelación con la institución médica. Estas acciones fueron realizadas constantemente para alcanzar un objetivo específico, en este sentido el disciplinamiento tiene el objetivo de ampliar la cobertura de la atención biomédica a las mujeres durante el parto, y esto tiene implicaciones directas en el control y devaluación de la práctica de la partería tradicional, entendiendo que esta erosión del conocimiento de las parteras tradicionales es una consecuencia que remite a la historia del disciplinamiento, una historia global estudiada (Foucault 1993; Federici 2010).

Por otro lado, se muestra que el estigma común ante la práctica de la partería como un ejercicio que no se hace con los estándares de asepsia necesarios llamando “**partos sucios**” al momento en el que las mujeres están en trabajo de parto y son asistidas por parteras y parteros; sin embargo, en las narrativas de los terapeutas locales se muestran prácticas de asepsia, prevención y atención durante alguna señal de alarma presentada por las mujeres durante el parto. Como se muestra en el siguiente testimonio:

Antes amarraban con hilo de coser y le dan unas siete vueltas, antes se cortaba con carrizo, cortaban su ombligo; cuando yo empecé, compraba hojas de rasurar, antes de que me buscaran, yo las esterilizaba con alcohol. Se tiene que amarrar el ombligo, dejando cuatro dedos, antes de amarrar tienes que checar que la placenta ya salió, porque si aún no sale, se puede morir la señora, se regresa la placenta otra vez para adentro, pero hay muchas maneras para que se salga la placenta, yo uso un palo que le dicen ‘cuchcuitl’, ese palo lo mastica y se quiere vomitar, y saca la placenta, otra es, pasar el humo por la boca para que la haga como vomitar o con el cabello se lo meten a la boca para ayudarle a que salga la placenta (Partera/o).

3.4.4 Remuneración económica

En el informe del programa de IMSS-Prospera del periodo de 2007 a 2012 se refleja que durante el 2007 los apoyos económicos eran entregados por el personal que operaba el Programa, lo cual representaba algunas inconsistencias como retrasos y riesgos, por lo cual durante el 2010 se tomó la decisión de firmar un contrato con el prestador de servicios TELECOM, con el objeto de transparentar y facilitar la entrega de dicha compensación.

En este sentido, la partera y el partero tradicional registrados comentaron que actualmente la cantidad que reciben es de \$5,000 pesos anuales, \$416.00 pesos al mes. Sin embargo, años atrás (no se especificó cuándo) la compensación económica no era recibida en su totalidad, como se muestra en los siguientes testimonios:

De lo que nos dan en Zacatipan, es poquito, no es pago, es sólo un apoyo que nos dan por estar registradas y llevar los papeles de las señoras que vamos a ver cuándo están embarazadas, el apoyo lo dan cada medio año, es bien poquito \$2,500 (Partera/o).

El apoyo nos lo dan aquí en el Telecom, porque antes nos lo daban allá con el ingeniero, pero ya no, porque él nos quitaba, cuando nos mandaban 400 nos daban 200, y como somos muchos parteros, parece que estamos 46 parteros de Tamazunchale, por eso nos hablaron y nos dijeron que ese pago, bueno no es pago es apoyo, nos lo iba a dejar aquí en el Telecom, los demás no se dejaron, vino un ingeniero de México y otro de San Luis, que sí nos daban todo el apoyo, y por eso aquí en Telecom no te engañan ni te dicen nada, sólo te piden la credencial y ya (Partera/o).

En el hospital, el ingeniero nos daba 200 y eran 400, por eso mejor ya nos los mandan por Telecom, porque unos compañeros se dieron cuenta y se fueron a quejar, ahora sí ya nos llega completo (Partera/o).

Los testimonios anteriores no sólo dan cuenta de una posible práctica de corrupción al interior del IMSS-Prospera/Oportunidades, ya que la compensación económica no les llegaba completa a parteras y parteros tradicionales, sino que además describe la visión hegemónica que impera sobre

el trabajo que realizan parteras y parteros puesto que, de acuerdo con las reglas de operación de los documentos IMSS- Prospera, así como con los testimonios recabados en el trabajo de campo, se les asigna una cantidad de trabajo y responsabilidades que implican que dediquen una gran parte de su tiempo. Entre estas actividades están las visitas domiciliarias a mujeres que se encuentran en el proceso de embarazo, además de hacer labor de convencimiento con las mujeres para el uso de anticonceptivos; estar atentas a enfermedades ocasionadas por vectores externos como el dengue, y asistir con sus recursos a las capacitaciones, entre otros. Por todo ello, sólo se da un “apoyo” o compensación simbólica, y no un salario por las actividades realizadas.

3.4.5 “Las parteras no están obsoletas, pero...” El ejercicio de la partería tradicional visto desde la institución de salud.

El personal médico y de enfermería por sus actividades y responsabilidades laborales se encuentran en contacto con las parteras y parteros registrados de la región, por ello las opiniones que ellos y ellas tienen respecto al ejercicio de la partería tradicional juegan un papel determinante en el tipo de relación que se mantiene entre actores involucrados en la atención de la salud materna. Debo señalar que las entrevistas que se realizaron al personal médico y de enfermería, fueron de manera individual y personal.

Antes de que hubiera médicos en las unidades estas rurales, que son de 20 años para acá, ellas han sido las que han atendido la mayor parte de la población, no sé cuántos nacimientos ellas pudieron haber atendido, pero es una *actividad muy reconocida* y de mucha admiración, el único detalle es que tiende a ir desapareciendo, porque a veces las generaciones jóvenes, ya no piensan ser parteras, ellas piensan en ser enfermeras, licenciadas, maestras, salen a estudiar, ven otro tipo de actividades, aunque hay una que otra universidad de partería. Por ejemplo, aquí en Axtla de Terrazas estuvo a punto de abrirse una carrera, pero faltaron cinco personas y ya no se logró, pero yo creo que para abrirse pedían 25 y sólo pudieron 20. Sí hay interés todavía de algunas personas pero ya no lo suficiente como para poder abrir una universidad, y la verdad es que como las instituciones no contratan a las parteras, aunque en algunas instituciones sé que sí las hay, pero no me acuerdo en cuáles, no es una actividad que tenga un ingreso fijo que

podría hacer redituable a la partería y como que para que alguien se dedique a eso, pues no (Personal médico, subrayado propio).

En el testimonio se refleja que el supuesto “reconocimiento” y “admiración” que se le tiene a las parteras y parteros tradicionales por su labor es sólo parte del discurso público, pues se centra en una postura que visualiza al ejercicio de la partería como una práctica que fue importante antes y no ahora, suponiendo que el ejercicio de la partería es una práctica médica caduca y que, si bien, las parteras son vistas como agentes comunitarios de prestigio, no son reconocidas como terapeutas médicas.

El testimonio también hace evidente que la práctica de la partería tradicional va desapareciendo, sin embargo, se le atribuye a la falta de interés de las mujeres jóvenes, ya que se tienen mayor inquietud por el ejercicio de otras profesiones, que por cierto son reconocidas socialmente.

Yo me pregunto, si en un contexto en donde se manifiesta tal control y devaluación del ejercicio de la partería impulsado por diferentes acciones gubernamentales, ¿Qué motivos tendrían las mujeres jóvenes para si quiera pensar en ejercer la partería tradicional, menos aún pretender vivir económicamente de ello? Siendo que en el entorno social no es lo mismo ser una mujer nahua de 65 años que ejerce la partería tradicional y de una condición económica desfavorecida, que ser una mujer de 40 años, procedente de la ciudad de México, quién estudió la carrera universitaria de medicina y que ahora trabaja como encargada zonal del programa de interrelación de parteras y parteros tradicionales en el hospital regional. De esta forma se observa cómo la interseccionalidad de categorías como género, etnicidad, clase social, condición económica, profesión y ocupación hacen evidentes los privilegios y discriminaciones que se generan en las relaciones de poder.

A razón de esto, conocí a Bety, una mujer de 18 años quien es nieta de una de las parteras de Santiago Centro. Ella quiere estudiar enfermería, pero esto no ha sido posible por la precarización económica en la que se encuentra su familia y las pocas oportunidades que existen para estudiar una

carrera universitaria en la región, por lo cual se fue a trabajar a Monterrey de empleada doméstica y así poder colaborar económicamente con su familia.

En términos generales, se puede decir que por parte del personal médico y de enfermería existe la percepción de que el ejercicio de la partería “ya no es como antes”; es decir, cuando las parteras tradicionales jugaban un papel importante en la atención de las mujeres durante el parto, es claro que ahora se les percibe sólo como promotoras de enlace entre la población y el sistema de salud institucional, como lo podemos ver en el siguiente testimonio:

Yo creo que la práctica de las parteras tradicionales es vigente, pero no como antes cuando ellas eran las resolutivas, creo que ahora son más preventivas, en cuanto a las complicaciones, en cuanto a detectar alguna situación que no esté normal, pero sí están vigentes (Personal médico, subrayado propio).

En el testimonio se observa otro elemento del discurso oculto del personal médico que denota la vigencia que tiene la práctica de la partería está en función de actividades preventivas que se les designa a las parteras y parteros tradicionales registrados en el Programa del IMSS-Prospera/Oportunidades. Se evidencia de igual manera, la característica de ser resolutivas porque antes realizaban la asistencia a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y ahora, por medio de las intervenciones del Programa como dispositivo de control de la práctica de la partería tradicional, se ubica a los terapeutas tradicionales como promotores de salud, invisibilizando la capacidad que tienen como agentes de salud con conocimiento de prácticas locales para la atención de la salud materna.

El caso de Doña Rita. “*Si me quieren encarcelar, encarcélenme, yo hice bien*”.

Rita tiene 61 años de edad, es madre de dos hijos y abuela de cuatro nietos y dos nietas. Doña Rita afirma que su abuela era partera y desde que era niña la acompañaba cuando la mandaban llamar para atender a las mujeres que se encontraban en trabajo de parto:

Cuando yo era niña andaba con mi abuelita, yo la acompañaba, ella me decía, tú me acompañas y debes pensar en tu mente que también vas a trabajar de “ese” [refiriéndose al ejercicio de partería], porque si algún día ya no puedes trabajar en otra cosa, de “ese” te vas a ayudar aunque sea para un jabón que compres, y así me daba al bebé que lo bañara yo, yo tenía como seis años, me iba hasta Tlanepantla, decía no le tengas miedo porque así nacimos, y no tengas asco por que algún día tú le vas a quitar el ombligo a los bebés, y sí, ya luego me tocó mocharle el ombligo al bebé.

Doña Rita comenta que a través de un sueño recibió la revelación de que ella se dedicaría a asistir a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio:

Me dio un sueño, “tú ya no vas a trabajar en la ciudad, tú vas a trabajar de partera”. Soñaba que me entregaban a un Niño Dios con un rollo de flores, y me decían que lo reciba, y yo les digo, “yo no lo puedo pagar yo no puedo recibirlo”, y me decían, “no, pero tú no vas pagar, tú lo vas a recibir”, y así lo recibí con las flores. Yo me sentía rara porque soñaba así, pero yo me voy a trabajar, y mi primo me dijo, “no, tú trabaja, te van a apoyar”, aunque sea poquitito, pero a veces me dan, que para una minsas³³, y ahorita tengo mi gente.

Doña Rita es un referente comunitario importante para las mujeres en la atención al a salud y asistencia durante el embarazo, sin embargo, el IMSS le ha negado su colaboración como partera voluntaria rural (PVR). Doña Rita comenta las condiciones en las que asistió a una mujer de 17 años durante el parto.

La última vez que atendí a una mujer de parto, fue en noviembre del 2015, ya la había sobado porque la nena venía sentada, y le dije yo te vengo a ver estos días, por ya casi te vas a aliviar, yo me fui. La niña que nació en su casa al otro día, yo fui a mochar el ombligo y se lo amarré, eran las tres de la mañana, También bañé a la nena, y la envolví con un trapito, le dije a la muchacha, dale chichi, aunque todavía no tienes bien leche, pero dale, para que la calientes y te sienta cerquita. Ya después le enterré su carnita, le eché aguardiente y hasta ahí.

³³ Marca de harina de maíz que se utiliza como complemento de la masa del maíz recién molido que se utiliza para hacer tortillas.

La muchacha no me dio nada, porque está solita [no tiene relación conyugal], pero sí me vino a ver al otro día que salió de prepa, me dijo “muchas gracias que me atendiste en mi casa, ahora te invito aquí a mi casa a un convivio”, me dieron mi pollito y un poco de apoyo, me dieron \$200, le dije, “tú sabes, yo no te puedo cobrar”, pero yo no le cobré, ella me los dio, yo no cobro, porque yo también pasé por ahí cuando yo no tenía dinero, con qué iba a pagar, pues ella me vino a regalar \$200 pesos, me dijo “gracias porque eres una buena persona, mi papá vino a avisarte y luego fuiste por mí, las enfermeras no quisieron, ellas ni vinieron”.

Respecto a la reacción que las enfermeras, el personal médico y las personas encargadas de la capacitación de parteras y parteros tradicionales tuvieron respecto a la asistencia que doña Rita prestó a Julia durante el parto, comenta:

Se enojaron conmigo porque fui a casa de la muchacha [Julia], eso no está bien, ellos tienen su trabajo seguro y no quisieron atender a la muchacha, a mí me dio lástima porque su mamá no ve, se le fue su vista, cómo la iba a llevar a su hija al Hospital, por eso somos mujeres y nos debemos apoyar, yo la atendí como pude, ella me regaló poquito apoyo, yo estoy contenta porque me vino a ver, me dio las gracias y yo también. Pero la enfermera se enojó conmigo, yo fui al hospital y les dije “a mí no me van a hacer nada”, yo me presenté con la muchacha, porque nadie más fue, la dejaron sola, ni la enfermera fue, ¿dónde estaban las registradas?, si yo soy registrada, yo me voy a ir a las 3 o 4 de la mañana, no me voy a negar, yo tengo que ir a la hora que tengan el dolor, si son registradas hubieran ido por ellas, de eso se trata de ser parteras, ustedes son registradas y no quieren ir. Yo fui, porque su papá me vino a avisar y yo respeté la palabra de su papá. Las enfermeras me dijeron, “te van a encarcelar ya vienen los policías por ti”, así me trataron ellas, por eso yo no quiero, ellos no me apoyan, ellos me asustan.

Cuando llegué al hospital, les dije, yo me presenté, me dan lástima los bebés, por eso yo quiero trabajar de partera, fui a ver a mi paciente, a las cinco de la mañana. Me dijeron en hospital, “no te vamos a hacer nada, tú lo hiciste bien, si no hubieras ido se hubiera muerto la señora o la bebé porque estuviera con el ombligo de afuera”. Yo les dije, si me quieren encarcelar, encarcélenme, yo hice bien, yo me presento con ellas, yo estoy con Dios [...] pero ahorita les digo que no, que se vayan al hospital, allá a que les saquen su papel, les ponen suero, es muy importante que esté atendido el bebé y la señora, pero van a ir al hospital yo las sigo viendo para darles una sobada. Cuando ya

están con dolor pues sí, a dos las acompañé hasta Zacatipan, a una de ellas le dije que yo no tenía para el pasaje, pero me dijo que ella me lo pagaba y fui a acompañarla, el esposo de ella no estaba, ella tenía miedo de que la atendiera en la casa, porque era su primer bebé y no estaba su esposo, yo fui a hablar por ella, les dije vengo con mi paciente para que la atiendan ya trae dolor, sí la pasaron luego, me dijeron que como a las 10 u 11 nacía él bebe, me dijeron los doctores “tú ya te puedes ir, nosotros la vamos a atender” y me fui a mi casa, pero sí nació bien el bebé, yo siempre les digo que se vayan al hospital”.

En relación a las capacitaciones que brinda el IMSS prospera ella afirmó:

Sí he ido a las capacitaciones, pero me dijeron que no me iban a apoyar, yo le dije al promotor que también tengo derecho de que me apoyen, le dije que si ya tengo un año yendo a las reuniones y no me dicen cuándo. Sólo me dicen que cuando haya lugar, entonces para qué me dan el papel ese que tengo que andar avisando a la clínica y pues ya ni me dieron nada ya mejor me fui [...] pero la gente me sigue buscando, porque saben que yo las veo, y si se enteran que yo les acomodo a los bebés, ellos voluntario me dan \$20 o \$30 pesos [...] yo quiero tener mis papeles, pero las enfermeras se enojan, y me dice mi hijo, ya no les digas nada mamá, déjalas hacer su trabajo, pero yo le digo que a mí me vienen a buscar, yo no me puedo negar, yo también fui mujer, los tuve a ustedes, pero yo solita me sobaba, pero es el Dios el que nos da el don, mi esposo me decía, “para qué vas con una partera chismosa”, le digo que no son chismosas. Yo me acostaba en el suelo, y solita me sobaba, sentía sus manitas cómo estaban, me sobaba, cuando fui a la consulta a Tamán, me dijo el doctor quién te soba, “yo solita porque mi esposo no quiere gastar”.

[...]Pero yo sentí feo porque no me quisieron apoyar en el Hospital, yo le dije al promotor díganme la verdad sí me van a apoyar porque yo gasto mi pasaje en venir. Y la enfermera tampoco me dice nada, yo sólo espero aviso, al contrario. Yo no me desanimo, aunque no me apoyen en el hospital, me vienen a buscar.

Se puede observar que el registro como dispositivo de control y elemento que conforma el discurso público del IMSS/Oportunidades-Prospera ha sido aceptado de alguna manera por las parteras y parteros tradicionales y por la población en general.

Respecto a la pregunta ¿Usted qué opina o qué le dicen las mujeres de la atención que reciben durante el parto en el hospital? Ella contestó que le dicen que las atienden bien; en ese momento, su hijo que se encontraba afuera de la cocina, interrumpió y afirmó:

No es cierto mamá, eso son mentiras, yo le digo porque estuve en el parto de mi esposa, los doctores son bien tremendos, la verdad , yo digo que por mucha gente que tienen, pues ellos tienen un trato muy tremendo y grosero, mueven para acá y para allá a las mujeres en las camillas, por eso no dejan entrar a personas que no son familiares de las pacientes, pero uno sí se da cuenta, pero tampoco te puedes enojar, porque te dicen si quieres que te atiendan a tu paciente o vete a un hospital de paga para que la atiendan, pero en realidad el trato no es de primera.

Después, Mirta (nuera de doña Rita) quien estaba lavando el nixtamal, se acercó a la cocina y comentó lo siguiente: “A mí me atendieron en el pasillo, yo tuve el parto en el pasillo, no me dejaban pasar”. En relación a esto, no se indagó directamente sobre la razón por la cual Mirta no eligió tener su parto en casa, puesto que su suegra es partera tradicional, sin embargo, existen elementos contextuales que nos ayudan a entender esta situación: el hijo de Mirta tiene 4 años, y las parteras incluyendo doña Rita afirman tener entre 12 a 15 años sin asistir a las mujeres en un parto (con excepción de una o dos ocasiones en que se realizó la asistencia afirmando haber sido una emergencia). Otro factor a considerar es que Mirta es beneficiaria del Programa IMSS-Prospera/Oportunidades y los testimonios que se revisaron en el capítulo cuatro reflejan el condicionamiento por parte del programa para que las mujeres sean atendidas en el hospital durante el parto.

En el testimonio de doña Rita las acciones de hegemonía que ejerce la institución de Salud (IMSS) a través del personal médico y de enfermería son muy claras, ya que ellos son los que tienen la autoridad de decir quién se puede registrar y quién no, sólo con el argumento de la falta de apoyos económicos para poderlo hacer.

Por otro lado, la criminalización a la que se enfrenta doña Rita y las demás parteras y parteros por brindar apoyo a las mujeres durante el parto, es una amenaza constante que se difunde a través del discurso oculto, pues no está justificada en ninguno de los documentos oficiales que conforman el discurso público; sin embargo, como se muestra en el testimonio, es parte del discurso oculto que tiene la función de controlar la atención que brindan las terapeutas locales a las mujeres durante el parto y que la atención sea hospitalaria en función de otro elemento del discurso público como el de la disminución de la mortalidad materna.

En su conjunto, el testimonio de doña Rita nos muestra un complejo entramado de prácticas de resistencia que, por un lado, se manifiestan de forma explícita, y por otro, de forma discreta. Comenzando por la resistencia explícita tenemos que la respuesta que tuvo doña Rita en su defensa frente a la acusación por haber brindado atención a una mujer joven en el momento del parto, ya que esta acción generó una fractura en el discurso oculto que se maneja desde la institución de salud, ante la confrontación que tuvo doña Rita con el personal médico y de enfermería del IMSS/Oportunidades-Prospera mostrándose segura y convencida por haber hecho lo que le “correspondía” como partera frente a la necesidad obstétrica, pero al mismo tiempo manifestándose vulnerable ante la institución al decir “si me quieren encarcelar, encarcélenme”.

Ante esto, podemos recordar que la acción gubernamental llamada por el IMSS-Prospera-Oportunidades “Interrelación de las parteras y parteros tradicionales”, es una acción gubernamental impulsada desde la biopolítica (Foucault 1999) siendo así que el ejercicio de poder no se instala en la represión, sino en las relaciones estratégicas generadas entre actores que se rigen por los marcos institucionales de regulación, podemos decir que la criminalización de las parteras y parteros tradicionales por ejercer la práctica de atención a la salud materna no está dentro de la normativa institucional, es decir del discurso público, más bien esta amenaza se expresa desde el discurso oculto

que se genera desde la institución de salud, que si bien conforma el efecto de regulación y control del ejercicio de parteras y parteros tradicionales, a final de cuentas esta amenaza no se hace efectiva porque no es parte del discurso público.

Las prácticas y discursos de resistencia implícita que se manifestaron a lo largo de la narrativa de doña Rita están conformadas, por un lado, en la atención que brinda a las mujeres durante el embarazo y puerperio, específicamente en la práctica de la “sobada” para acomodar a la criatura cuando aún no se encuentra en posición adecuada para nacer vía vaginal. Por otro lado, nos habla también de una práctica de resistencia colectiva que es manifestada al reconocer en doña Rita las aptitudes y otras características reconocidas en el contexto indígena necesarias para brindar la atención, pese a las diferentes acciones gubernamentales que controlan y regulan la práctica de la partería tradicional instaladas profundamente en la región. Así, es evidente que el conjunto de características valorado comunitariamente no está determinado por los dispositivos institucionales como lo es el “registro” de parteras y parteros tradicionales que son validados para ejercer las prácticas de atención a la salud materna. Estas expresiones de resistencia conforman elementos de infrapolítica (Scott 2000) manifestada de forma colectiva.

3.6 Intervenciones del IMSS-Oportunidades/Prospera

Por todo lo revisado en este capítulo, nos podemos dar cuenta que la hegemonía del modelo biomédico ante la práctica de la partería tradicional genera una diversidad de intervenciones, las cuales han traído consigo diferentes cambios en la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos como cierre del evento reproductivo.

Uno de los cambios más significativos generado por las acciones de intervención del IMSS-Oportunidades/Prospera no se limita a la promoción de la atención a las mujeres durante el parto en el

hospital, sino a la instrucción realizada desde un discurso oculto, de no asistir partos en casa . Otras de las prácticas que han cambiado, dejando de realizarse, e inclusive se han incorporado a la atención de las mujeres durante el embarazo y parto se muestran en la tabla 7.

Tabla 7. Prácticas de asistencia a las mujeres durante el parto atendido por terapeutas locales y por el personal de salud

	Antes	Ahora
Prácticas que se han modificado	-Visitas de las mujeres a la casa de las parteras y parteros tradicionales.	-Visitas domiciliarias a las mujeres para dar seguimiento durante el embarazo.
Prácticas que dejaron de realizarse	-Asistencia de las parteras y parteros tradicionales a las mujeres durante el parto. -Enterrar la placenta de la o el recién nacido.	
Prácticas que ahora se realizan		-Derivación de mujeres a la clínica u hospital por alguna emergencia durante el embarazo y en el trabajo de parto realizada por parteras y parteros tradicionales. -Medicalización y hospitalización de las mujeres durante el parto.
Prácticas que permanecen	-La sobada o masaje que lleva a cabo la partera o el partero para acomodar al bebé. -Ritual del baño para la madre, el recién nacido y la familia.	

*Elaboración propia con base en los datos obtenidos en campo 2016-2017

A modo de conclusión del capítulo.

Para presentar las conclusiones se retomarán las preguntas que se plantearon al comenzar este capítulo, ya que las respuestas correspondientes a los cuestionamientos iniciales nos giraran en este apartado.

El primero de ellos es **¿Qué tipo de relaciones se desarrollan en la vinculación que existe entre terapeutas tradicionales y personal de salud institucional?**

A lo largo de todo el capítulo se evidenció la existencia de una relación de poder entre actores y actoras involucradas en la atención a la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en el contexto de Santiago Centro. En dicha relación los y las terapeutas adscritas al MMH como su nombre lo indica, tienen una posición hegemónica sobre los y las terapeutas adscritos al MAS. Esta relación de poder esta sostenida por acciones, argumentos escritos y hablados que conforman el discurso público enfocado a la regulación y control de la práctica de la partería tradicional.

¿Qué tipo de prácticas hegemónicas promovidas por el IMSS-Prospera/Oportunidades se ejercen sobre las parteras y parteros tradicionales en el ejercicio de las prácticas locales de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y aplicación médica de métodos anticonceptivos? La forma utilitaria que se le da al papel de las parteras y parteros tradicionales en función de los servicios de salud médicos, niega la posibilidad de ver a las y los terapeutas tradicionales como agentes de salud que cuentan con conocimientos para la atención de las mujeres durante en el embarazo, parto y puerperio

El “reconocimiento” es una palabra que se utiliza recurrentemente entre el personal médico y de enfermería que fueron entrevistados y también en el discurso oficial del IMSS e instituciones que han realizado diagnósticos y otras acciones con parteras tradicionales en distintos estados el país. En este sentido desde el discurso público se “reconoce” a las parteras como agentes de prestigio comunitario y que fungen como enlace de la población y el sistema de salud institucional. Así se puede ver que el uso del concepto de

“reconocimiento” es utilitario y se manifiesta en el discurso oculto que procura lograr una cobertura total de la atención biomédica de las mujeres durante el parto.

La práctica de las parteras registradas gira en función de los servicios de salud institucionales que determinan sus funciones y responsabilidades. De acuerdo con ello, aunque las intervenciones que se han generado por medio del IMSS desde el discurso público han promovido una deslegitimación social y técnica de las parteras y parteros tradicionales de la región, estos últimos siguen realizando prácticas de atención a las mujeres durante el embarazo y sus conocimientos son reconocidos por las mujeres que recurren a sus servicios.

Analizando el discurso oculto observado en los y las prestadoras de servicios adscritos al IMSS, las parteras tradicionales son vistas como promotoras comunitarias que contribuirán a ampliar la cobertura en los servicios de salud mas no como terapeutas dotadas de conocimiento capaces de aportar y favorecer con sus servicios la salud de las mujeres durante el periodo reproductivo como se define desde el discurso público manifestado en las reglas de operación del IMSS-Prospera/Oportunidades.

De esta manera es claro que el proceso de registro y capacitación de las parteras y parteros tradicionales ha sido un dispositivo de disciplinamiento que, en base al discurso oculto generado por prestadores de servicios del IMSS denota el control y regulación de la práctica de la partería promoviendo la normalización de la atención biomédica de las mujeres durante el parto utilizando el discurso público de la disminución de la mortalidad materna.

El proceso de registro y capacitación de las parteras y parteros tradicionales como dispositivo de disciplinamiento en el que se manifiesta el control y criminalización de la práctica de la partería en el discurso oculto presente en las expresiones de prestadores de servicios vinculados a la salud y adscritos al IMSS/Prospera-Oportunidades, ha logrado un proceso de normalización respecto a la atención biomédica de las mujeres durante el parto como la única y mejor opción para las mujeres de Santiago Centro.

De acuerdo esto, la expresión “ya no nos dejan”, que es utilizada por las parteras y el partero tradicional para explicar por qué ya no asisten a las mujeres durante el momento del parto, los sitúa en una posición de subordinación frente al modelo biomédico. En razón de lo anterior es evidente el esfuerzo institucional que se realiza respecto al incremento de la atención hospitalaria de las mujeres durante el parto, y con ello, aunque no esté tácitamente escrito, reducir y eliminar las probabilidades de atención que las parteras y el partero brindan en sus localidades.

De esta forma es clara la función utilitaria que se les asigna a las parteras y parteros tradicionales, ya que son vistos como un recurso comunitario que permite al personal de salud institucional estar vigilante de las mujeres durante el embarazo y parto. Así, puedo decir que se invisibiliza el papel de las parteras y parteros tradicionales como agentes de salud que cuentan con conocimientos para la atención de las mujeres durante en el embarazo, parto y puerperio

Scott (2000) apunta que los eufemismos son utilizados por el discurso público para enmascarar o bien ocultar algo desagradable, en el transcurso del capítulo se identificaron algunos eufemismos que surgen del discurso público a razón de las diferentes acciones gubernamentales dirigidas al registro y capacitación de parteras y parteros tradicionales. Los eufemismos encontrados a lo largo del capítulo fueron:

- Interrelación ----- Estrategia gubernamental para controlar y regular la práctica de la partería tradicional.
- Parteras voluntarias ----- Promotoras de salud
- Registro de parteras tradicionales ----- Coptación

¿Qué tipo de prácticas de resistencia realizan las parteras y parteros tradicionales ante las intervenciones realizadas por el IMSS-Prospera?

Dentro del discurso oculto de las parteras y el partero tradicional entrevistadas, se observó el desacuerdo mostrado respecto a diferentes prácticas biomédicas realizadas a las mujeres durante el trabajo de parto, estas prácticas son; la episiotomía llamada localmente (cortadita o corta allá abajo) y la limpieza de útero, afirmando que son prácticas dolorosas que se consideran innecesarias y que en el ejercicio de la partería tradicional no realizaban prácticas parecidas a esas, esto refleja de alguna manera que no se está de acuerdo con todo lo que se realiza desde el MMH. adopción del discurso biomédico no es completa.

No se registró ninguna práctica de resistencia explícita practicada actualmente por parte de las parteras y parteros tradicionales que pertenecen a la red comunitaria del IMSS; sin embargo, cuando una partera tradicional, que no es reconocida por la institución de salud, asistió a una mujer durante el parto —ya que por la negativa obtenida de parte de las enfermeras y las condiciones de vulnerabilidad dadas, no había más opción que hacerlo—, aceptando el riesgo de ser criminalizada por hacerlo, fue señalada y amenazada con ir a la cárcel por parte de algunos integrantes del personal de salud. Ella se mantuvo firme y defendiéndose pese al panorama en contra.

El control que tiene el IMSS como institución en relación a quiénes se registran y quiénes no, es una práctica hegemónica que genera subordinación, ya que el registro depende de los presupuestos disponibles para dar la compensación bimestral; es decir, el registro no es real, pues aun y sabiendo de la existencia de parteros y partos que prestan sus servicios en distintas localidades, no todos están registrados. Como se puede ver en el caso de Rita, una de las parteras de Santiago Centro, quien es activa en la atención a las mujeres durante el embarazo. Los elementos que constituyen la infrapolítica observada en el testimonio de doña Rita se entienden en la práctica denominada localmente como la “sobada” es un masaje realizado a las mujeres embarazadas para acomodar a la criatura cuando aún no se encuentra en posición adecuada para nacer vía vaginal. Esta práctica nos remite a la expresión de

resistencia colectiva que es manifestada al reconocer en doña Rita las aptitudes y otras características importantes en el contexto de la cultura nahua y que son necesarias para brindar la atención, pese a las diferentes acciones gubernamentales que controlan y regulan la práctica de la partería tradicional instaladas profundamente en la región. Es evidente que el conjunto de características valorado comunitariamente no está determinado por los dispositivos institucionales como lo es el “registro” de parteras y parteros tradicionales que son validados para ejercer las prácticas de atención a la salud materna.

De esta forma se entiende que la acción de registro se realiza con el objetivo de identificar a un partero o partera por localidad, quien será destinada a realizar funciones de promotora de salud, y no con el objetivo de realizar un empadronamiento real que refleje el número de parteras y parteros tradicionales que ejercen su práctica en las localidades. Respecto a la acción de registro, una partera tradicional de la localidad dio el testimonio de haber sido rechazada por parte del personal médico y de enfermería para formar parte del proyecto institucional, caso que se mencionará más adelante.

En uno de los testimonios de un prestador de servicios de salud del IMSS-Prospera/Oportunidades, se evidencia como parte del discurso oculto la infantilización con la que algunos trabajadores pertenecientes al personal de salud se refieren a las mujeres que se encuentran en el proceso de embarazo y parto.

Por otro lado, en la revisión de los documentos normativos del IMSS respecto a la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, se refleja a nivel del discurso público la posición pasiva que se les atribuye a las mujeres en la atención biomédica durante el embarazo, parto y la aplicación de métodos anticonceptivos, pues a pesar de hablar todo el tiempo de procesos biológicos e intervenciones que suceden en el cuerpo de las mujeres, pocas, pero muy pocas veces se mencionan las palabras mujer o mujeres cuando en los documentos se refieren a la atención de ellas en los procesos de

embarazo, parto, puerperio y colocación de métodos anticonceptivos, refiriéndose a tales procesos e intervenciones como si fueran autónomos o desvinculados del cuerpo de las mujeres.

La descripción de la relación de poder que existe entre el personal médico y de enfermería, frente a la práctica de la partería tradicional, brinda un análisis de las prácticas de subordinación y resistencia que se generan en el contexto local en el que las mujeres nahuas están inmersas durante las prácticas de atención a las que recurren durante el embarazo, parto y colocación de métodos anticonceptivos como cierre del evento reproductivo, nos permitirá tener un marco de referencia relacional para analizar las trayectorias de atención que transitan las mujeres durante la atención a la salud materna.

Capítulo 4. Trayectorias de atención de las mujeres durante el embarazo y parto en la localidad de Santiago Centro, municipio de Tamazunchale

Cantan, danzan, rezan, sonrén,
mientras yo gimo,
mientras mi cuerpo es travesía tremenda;
en tanto tú viajas hacia esta existencia terrena.
Cantan, danzan, sonrén, esperan.
La partera que nos acompaña nos mira a todas,
a esta multitud de vientres que se replican
en dimensiones de vía láctea.
Ella sonrío y sonrén ellas.
Sus manos nos acarician.
Sus manos te reciben.
Karina Vergara

Como se ha reflejado a lo largo de la tesis, en Santiago Centro existe un contexto de pluralidad médica donde la biomedicina tiene un papel hegemónico en la atención a la salud y específicamente en la atención a las mujeres durante el embarazo y parto. De acuerdo con lo anterior, este capítulo tiene como objetivo describir las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres durante el embarazo y parto, tomando en cuenta el comportamiento reproductivo de las mujeres de la región; además de analizar cómo las trayectorias de atención reflejan las prácticas de subordinación y resistencia generadas en el contexto de pluralismo médico.

Este capítulo está compuesto por dos grandes apartados, en el primero de ellos se mostrarán los resultados de la encuesta que contestaron 35 mujeres que viven en Santiago Centro y dos de sus barrios, en esta encuesta se indagó sobre aspectos que conforman el comportamiento reproductivo de las mujeres de la región, como la edad, el número de hijos e hijas, la edad que tenían las mujeres en cada uno de los procesos de embarazo y el tipo de atención a la que recurrieron durante el embarazo.

El segundo apartado será el análisis de las trayectorias de atención de 15 mujeres a las que participaron la realización de las entrevistas a profundidad.

4.1 Comportamiento reproductivo de las mujeres en la localidad de Santiago Centro

Aunque la fecundidad y temas relacionados con el comportamiento reproductivo de las mujeres han sido del interés de las ciencias de la población, economía, demografía, entre otras, las ciencias sociales también se han involucrado al respecto.

Es necesario puntualizar que cuando hablo de comportamiento reproductivo me refiero al conjunto de prácticas, respuestas y formas de actuar que conforman las pautas de la reproducción sexual dentro de un contexto social. Además, resulta importante afirmar que las mujeres como actoras sociales son las primeras implicadas en la reproducción y por este hecho sus experiencias serán el factor principal de este capítulo.

Se tomó la decisión metodológica de realizar la encuesta con el objetivo de tener un primer acercamiento con las mujeres y la información reproductiva que enmarca las prácticas de atención que ellas realizan durante el embarazo y parto. La encuesta se realizó durante el primer periodo de trabajo de campo a mujeres cuidadoras (en su mayoría madres y minoría abuelas, tías y hermanas) encargadas de llevar a niños y niñas a la escuela de educación inicial y preescolar de Santiago Centro y San José Santiago. Antes de aplicar la encuesta se les explicó a las participantes el objetivo de dicha actividad y el contenido de la encuesta, afirmando que la información sería confidencial, por lo cual no era necesario poner su nombre. De las 37 mujeres que participaron en el llenado de la encuesta, sólo cuatro de ellas no sabían leer ni escribir, las demás mujeres contestaron la encuesta de su puño y letra. Cabe señalar que se respetó la confidencialidad y en la información que se presentará se usan seudónimos (Tabla 11).

Si bien, durante el apartado metodológico de esta tesis, se mencionó a manera de nota, es necesario comentar que los aportes de la Dra Berrio Palomo (20013) han influenciado las técnicas metodológicas que se presentarán en esete capítulo, como la aplicación y realziación de matrices de información

Los resultados de la encuesta se dividieron en tres grupos etarios. El primer grupo está conformado por mujeres que oscilan entre los 17 y 28 años, mientras que el segundo grupo está conformado por mujeres de 29 a 42 años de edad. En cuento al tercer grupo, éste se incluyó en un segundo momento, modificándose su rango con la intención de tener más información sobre las prácticas de atención a las que recurrían las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio siendo mayores de 50 años, ya que las mujeres que conformaron los dos primeros grupos mostraban un patrón común, especialmente en la atención biomédica durante el parto. Por esta razón se decidió recurrir a mujeres mayores e identificar la existencia de posibles variantes de la información que pudieran enriquecerla. Los resultados de dicha encuesta se analizan a continuación.

En el primer grupo se encuentran 11 mujeres entre 18 y 28 años de edad. Todas ellas viven en Santiago centro y San José Santiago. De las once mujeres que contestaron la encuesta, cuatro de ellas han vivido sólo un proceso de embarazo (hasta el momento de la aplicación de la encuesta en noviembre de 2016), cinco mujeres han tenido dos embarazos y dos de las mujeres participantes tuvieron cuatro y cinco procesos de embarazos respectivamente, como se puede observar en el siguiente cuadro.

Tabla 8. Información reproductiva y atención a la salud materna grupo 1

Nombre	Edad	Edad durante cada embarazo				Terapeuta que dio seguimiento durante el embarazo			Lugar de atención durante el parto	
		1°	2°	3°	4°	Partera	Clínica	Ambas	Casa	Hospital
Raquel	17 años	14						X		X
Paty	18 años	16								X
Rosario	20 años	18	20					XX		XX
Rosa	21 años	20	21					XX		XX
Laura	22 años	14	16					X	X	X
Victoria	23 años	19					X			X
Angélica	24 años	21					X			X
Refugio	26 años	21	26				XX			XX
Bertha	27 años	19	20	22	26			XXXX	XX	XX
Linda	28 años	18	22	26			X	XX		XXX
Aurora	28 años	20	27				XX			XX

*Elaboración propia con base en los datos obtenidos de la encuesta realizada en diciembre de 2016.

Por otro lado, cinco de las participantes acudieron únicamente al sistema de salud institucional para el seguimiento del embarazo y una de ellas lo hizo sólo en su último embarazo, en los dos primeros acudió a ambos modelos de atención como otras de las participantes mencionadas.

Respecto al momento del parto, se encontró que nueve de las 11 mujeres recibieron atención hospitalaria a la hora del parto. Las otras dos mujeres comentaron haber sido atendidas por una partera durante el momento del nacimiento.

En el segundo grupo se encuentran 20 mujeres que oscilan entre los 29 y los 39 años de edad. La mitad de las participantes confirmaron haber tenido dos procesos de embarazo, dos de las mujeres han tenido sólo uno, siete de ellas tres y una de las participantes ha tenido cuatro embarazos.

De la atención al embarazo se observa que 10 de las mujeres que contestaron la encuesta, acudieron durante el embarazo con ambos modelos de salud, otras 10 participantes afirman haber llevado el seguimiento durante el embarazo por el personal médico y de enfermería en la clínica y Hospital Central, una de ellas afirma lo mismo en su último embarazo, mientras que en el primero tuvo la atención mixta.

Sólo Emilia, de 36 años y Lorena, de 38 años, confirmaron haber asistido únicamente con la partera durante el seguimiento a su primer embarazo y la atención durante el parto llevada a cabo en su domicilio. Afirman ambas que la premura del trabajo de parto ya no les permitió trasladarse al hospital. En los embarazos posteriores, las dos mujeres recibieron atención de una partera y el personal médico y de enfermería.

Dieciocho de las mujeres participantes afirmaron haber sido atendidas durante el trabajo de parto en el Hospital. Diecisiete de ellas tuvieron únicamente partos vaginales y a Aurora le fue practicada una cesárea en su último parto.

Tabla 9. Información reproductiva y atención a la salud materna Grupo 2

Nombre	Edad	Edad durante cada proceso de embarazo				Terapeuta que dio seguimiento durante el embarazo			Lugar de atención durante el parto	
		1°	2°	3°	4°	Partera (o)	Personal biomédico	Ambas	Casa	Hospital
Chela	29 años	18	22	25			XXX			XXX
Marcela	30 años	17	19	27				XXX		XXX
Victoria	30 años	18	29				XX			XX
Yola	30 años	20	28					XX		XX
Elvira	30 años	21	30				X	X		XX (1cesarea)
Martha	30 años	21	26					XX		XX
Marcela	31 años	24	29				XX			XX
Carmela	32 años	24	27				XX			XX
Esther	32 años	25	30					XX		XX
Rosario	32 años	21					XX			X
Mina	33 años	26	28				XX			X
Ana	34 años	21	33				XX			XX
Bartola	35 años	18	28	33				XXX		XXX
Lucia	36 años	21	23	27	31			XXXX	XX	XX
Emilia	36 años	18	29	34		X	XX		XX	XX
Florencia	37 años	25						X		X
Bernarda	38 años	23	24	32			XXX			XXX

Micaela	38 años	22	27					XX		XX
Lorena	38 años	19	24	33		X	XX		X	XX
Claudia	39 años	26	30	35				XXX		XXX

*Elaboración propia con base en la información obtenida de la encuesta realizada en diciembre de 2016.

En los cuadros se puede ver claramente la ausencia de mujeres participantes que cumplan con la edad de 40 a 46 años, lo cual se observó durante el análisis de datos. También se puede observar que entre el grupo uno y el grupo dos existe una predominancia muy marcada por la atención biomédica de las mujeres durante el momento del parto.

En el tercer grupo se encuentran seis participantes que oscilan entre los 46 y 73 años, la mitad de ellas afirma haber tenido cuatro embarazos y las otras tres participantes han tenido tres, siete y ocho embarazos respectivamente. Todas las mujeres participantes de este grupo afirman haber sido asistidas durante el embarazo y parto por alguna partera o partero de la localidad en cuestión. De las participantes que conforman este grupo, sólo dos realizaron la encuesta con las mujeres de los grupos anteriores. Las otras cuatro participantes fueron invitadas a contestar la encuesta en sus domicilios, por la inquietud de conocer los datos que brindarían las mujeres mayores de 50 años y así mostrar las diferencias y similitudes que existen por grupo etario.

Tabla 10. Información reproductiva y atención a la salud materna grupo 3

Nombre	Edad	Edad durante cada embarazo								Terapeuta que dio seguimiento durante el embarazo		Lugar de atención durante el parto	
		1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	Partera	Clínica	Casa	Hospital
Pabla	46 años	19	21	25	30					X		X	
Linda	48 años	18	22	26						X		X	
Rosario	55 años	20	22	24	26	29	31	34		X		X	
Chepa	60 años	22	27	31	41					X		X	
Mila	63 años	22	25	27	32					X		X	
Bertha	73 años	23	27	29	31	33	35	37	39	X		X	

*Elaboración propia con base en los datos obtenidos de la encuesta realizada en diciembre de 2016.

Con los datos obtenidos en la encuesta, es muy evidente que la edad de las mujeres está muy relacionada con el lugar y terapeuta que atiende el parto, en este último grupo de mujeres, que oscilan entre las edades de 46 a 73 años, todas acudieron con una partera o partero durante el alumbramiento, y éste tuvo lugar en la casa de mujer que se encontraba en trabajo de parto.

Es importante explicar que las prácticas de atención y cuidado están relacionadas con la asistencia, seguimiento o intervención durante estos momentos reproductivos, así como aquellas acciones que procuran el bienestar. En el ejercicio de estas prácticas y cuidados hacia las mujeres existen diferentes actores involucrados como las enfermeras, profesionales en medicina, parteras y parteros tradicionales y la familia. Estas prácticas serán descritas por momento reproductivo, es decir, las prácticas y cuidados que se realizan durante el embarazo, durante parto y al final durante el puerperio.

A modo de síntesis, se puede decir que los datos arrojados en la encuesta confirman una relación directa entre la condición etaria y el lugar de atención al que recurrieron las mujeres durante el parto. Ya

que, como se expuso anteriormente en los grupos uno y dos, la gran mayoría de las mujeres recurrieron a la atención biomédica durante, a diferencia de lo que se muestra en el grupo tres, en el que todas las mujeres recurrieron a terapeutas tradicionales durante el momento del parto. Esta información coincide con la llegada de la unidad médica del IMSS-Oportunidades en el año de 1979³⁴.

Otro de los puntos clave que muestra la información obtenida en la encuesta, es la evidencia de la pluralidad médica a la que recurren la mayoría de las mujeres en la atención durante el embarazo concentrada en mayor medida en el segundo grupo etario y en menor medida en el grupo conformado por las mujeres más jóvenes.

En su conjunto, la información obtenida brinda un panorama necesario para el análisis puntual de las trayectorias que las mujeres transitan en la atención al embarazo y parto, las cuales serán descritas en el siguiente apartado.

De forma general la encuesta realizada refleja datos importantes sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres de la región y la pluralidad médica que existe en la localidad respecto a la atención durante el embarazo y parto. Sin embargo, para lograr mayor profundidad se realizaron diferentes entrevistas semiestructuradas a las mujeres que decidieron continuar participando en la presente investigación, de las cuales se obtuvieron los datos que se analizarán en el siguiente apartado del capítulo.

4.2 De las participantes

Las mujeres que participaron en las entrevistas a profundidad compartiendo sus experiencias de atención durante el embarazo y parto son mujeres que contestaron la encuesta y se interesaron por continuar participando en la investigación.

³⁴ Información obtenida de una entrevista realizada a una enfermera que labora en la unidad médica de Santiago Centro, quien afirma que “La clínica está desde el 29 de septiembre de 1979”.

Como se revisó en el apartado metodológico, en investigación la experiencia de las mujeres se retoma considerándolas como sujetas sociales que toman decisiones dentro de un entramado contextual en el cual estas experiencias permiten identificar particularidades y puntos en común con las trayectorias de las mujeres entre sí.

Por esta razón, antes de comenzar el análisis de las trayectorias que transitan las mujeres participantes, se presenta el siguiente apartado que brinda información general sobre ellas.

Las participantes se encuentran en el rango de edad de 20 a 39 años, la mayoría de ellas tiene un hijo o hija que se encuentra cursando educación inicial o educación preescolar. De las 15 mujeres participantes, 13 afirmaron ser beneficiarias del programa Oportunidades, 14 hablan la lengua náhuatl, todas son originarias de Santiago Centro o algunos de sus barrios, con la excepción de Aurora, quién es procedente de una localidad de la Huasteca Veracruzana.

Respecto al grado de escolaridad de las participantes, cuatro afirmaron tener la educación primaria, cinco mujeres cursaron la educación secundaria, cuatro la educación preparatoria y dos participantes tienen licenciatura (educación preescolar y administración de empresas). La mayoría de las participantes afirma dedicarse al hogar y en momentos realizar actividades comerciales. A continuación, se presenta el siguiente cuadro informativo de las participantes.

Tabla 11. Información de mujeres participantes

Nombre	Edad	Número de hijos e hijas	Beneficiaria del Programa Prospera/Oportunidades	Escolaridad
Claudia	39	3	X	Primaria
Lorena	38	3	X	Primaria
Bernarda	38	1	X	Secundaria
Micaela	38	2	_____	Licenciatura
Florencia	37	1	_____	Licenciatura
Emilia	36	3	_____	Primaria
Lucia	36	4	X	Primaria
Ana	34	2	X	Secundaria
Esther	32	2	X	Preparatoria
Martha	30	2	X	Secundaria
Elvira	30	2	X	Secundaria
Aurora	28	2	X	Preparatoria
Refugio	26	2	X	Secundaria
Rosa	21	2	X	Preparatoria inconclusa
Rosario	20	1	X	Preparatoria

4.3 Trayectorias de atención a las que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto

Como se explicó en el primer capítulo de esta tesis, en la Antropología médica crítica, las trayectorias de atención son el recorrido que una persona realiza para mejorar su salud o, en este caso, para dar seguimiento y asistencia durante el embarazo y parto (Leyton, Valenzuela, 2016).

De acuerdo a lo anterior, a través de las trayectorias de atención conceptualmente enmarcadas en los modelos médicos, se analizarán las prácticas a las que las mujeres nahuas recurren durante el embarazo y parto.

Como se revisó en el primer capítulo, es a través de los recorridos itinerantes de atención a la salud materna que las mujeres realizan, que se refleja el conjunto de prácticas de atención, relaciones y conocimientos que están en permanente interrelación. Así puedo decir, que cuando hablo de trayectorias se pretende visibilizar la complejidad de las prácticas, reacciones y decisiones que experimentan las mujeres dentro de un determinado contexto.

A través de los recorridos itinerantes que las mujeres hacen en la atención médica durante el embarazo y parto se refleja un conjunto de prácticas de atención, relaciones y conocimientos que están en permanente interrelación. Así, puedo decir que cuando hablo de trayectorias pretendo visibilizar la complejidad de las prácticas, reacciones y decisiones que experimentan las mujeres dentro de un determinado contexto.

Las trayectorias de atención que recorren las mujeres durante el embarazo y parto, conceptualmente se relacionan con los modelos médicos y específicamente con los itinerarios que las mujeres como sujetas sociales transitan.

Las entrevistas realizadas a las mujeres participantes reflejan cuatro momentos de las trayectorias de atención que ellas recorren durante el embarazo y parto. El primer momento e inicio de la trayectoria es cuando ellas se enteran que están embarazadas, el segundo momento es el desarrollo y cuidados que tienen durante el embarazo, el tercer momento es la atención prestada a las mujeres durante el parto y el cuarto momento es el uso de métodos anticonceptivos como cierre del evento reproductivo.

Cada uno de estos momentos conforman las trayectorias de atención de las participantes y serán descritos a continuación.

4.3.1 Inicio del proceso de embarazo: “Me di cuenta porque ya no me bajó la regla.”

Las trayectorias que recorren las mujeres durante el embarazo comienzan al presentar algunos síntomas como mareos, vómito (en algunos casos) y sobre todo la identificación de la ausencia de la menstruación, como se muestra a continuación:

Me enteré de que estaba embarazada porque no me bajó la regla (Ana, 34 años).

[...] estaba en Reynosa trabajando en casa, duré cuatro años, no tenía nada de información sobre el embarazo, ni la planificación ni nada, pues yo me enteré de que estaba embarazada porque no me bajó la regla (Elvira, 30 años).

Empecé a sentir náuseas, mareos, me salieron ronchas, me picaba bastante, me salían todas las noches, ya luego se quitaron las ronchas, pero mi panza siguió creciendo, estaba embarazada (Rosario, 20 años).

En el comienzo de las trayectorias de atención, muchas de las mujeres confirmaron sentir miedo después de saber que estaban embarazadas o al enterarse con una prueba de orina, ese sentimiento se le atribuye a que en el momento del primer embarazo algunas de ellas no se encontraban casadas o en unión libre con su pareja, como lo afirman los siguientes testimonios:

Me sentí nerviosa, porque sólo éramos novios, y no sabía cómo decirle a mi papá, yo tenía miedo, pero yo no le dije directamente, fue por medio de una hermana, ella fue la que le dijo (Martha, 30 años).

Me enteré de que estaba embarazada porque ya no menstruaba, hasta los cuatro meses fui con el doctor, le conté lo que me había pasado, pero me mandó hacer los análisis, aunque yo ya estaba segura ‘vea’, pero me los hice (Aurora, 28 años).

Con los testimonios anteriores se refleja que en la normativa comunitaria es aceptada la reproducción hasta que una pareja es socialmente reconocida como tal, siendo por la unión civil, religiosa o de unión libre, aunque la práctica de unirse como pareja durante el primer embarazo en la región sea común.

4.3.2 Desarrollo del embarazo y cuidados a los que recurren las mujeres en este periodo. “Si hay partera, pero ya los doctores no recomiendan ir con ellas”

El proceso de embarazo es el momento reproductivo en el que las mujeres recurren con mayor frecuencia a las prácticas de auto-atención, acuden con sus familiares, generalmente las que juegan un papel importante al respecto son las madres, abuelas y suegras; también se puede observar que las prácticas de este modelo están más vinculadas con el modelo médico tradicional que con el modelo biomédico, particularmente hablando de la atención durante el embarazo, como se muestra en los testimonios:

[...] pero así de cuidados los primeros meses no, como andaba en lo de la práctica profesional, y era de campo, pues estábamos en la distribuidora, checábamos los vendedores de cerveza, todo ese tramo de Taman, Tlanepanta, Acalamayo, y la zona colindante con Hidalgo, y yo tenía que andar toda esa ruta, antes esa zona era terracería, ya sabrás como brincaba, y a veces me sentía mal, llegaba y me sentía mal, y como mi esposo se había ido a su casa, y me angustié, me vine para acá tempranito, y le dije a mi mamá que me sentía mal, me dijo “no te preocupes, es porque andas en los camiones para acá y para allá, pero no te preocupes el bebé no se va a caer”, y ellos [refiriéndose a sus papás] me dieron una yerba, es como unas espinas que da, es como un zacate, es de esas que tiene sus espinas y si uno pasa cerca se te pega en la ropa y esa es la intención de que el bebé no se caiga, de que se pegue, así como las espinas, y me daban té de esa [...]. Cuando ya me tenía que regresar ellos me llevaban a Santiago, nos íbamos caminando y conforme caminábamos iban arrancando el zacatito y me lo llevaba, yo lo preparaba allá [Tamazunchale], me lo tomaba como agua, luego ya no lo sentía eso [refiriéndose a los malestares], iba creciendo más meses y ya no me preocupé tanto (Florencia, 37 años).

Yo sentía dolor aquí en el vientre, un dolor como que no era soportable, me dolía mucho, y con eso se me calmaba, también hay una yerba que en náhuatl se llama cihuapactli [en castellano significa yerba de la mujer], es una yerba que también calma los dolores menstruales y también ayuda cuando uno está embarazada, para que no se caiga el bebé³⁵, que es cuando es el aborto, a mí es lo único que me dio mi mamá [...] cuando tenía más meses, mi mamá me decía que es necesario que vaya con una partera para que

³⁵ “Cuando se quiere caer el bebé”, es una expresión local que se utiliza frecuentemente para referirse a los síntomas de amenaza de aborto espontáneo.

me vea y me sobe, a veces íbamos nosotras y otras veces ella venía, es la asistente rural, ella venía a verme, ella me sobaba, y también ellos te pueden decir si viene niño o niña, a mí me dijo “va a ser niño”, me dijo, que sabe por la forma en la que se acomoda, pero nunca entendí bien, que si está más picudito es niño y que si está más boludita es niña, pero nunca le entendí bien, casi no le preste atención a eso (ibíd.).

La mayoría de las mujeres señalan una serie de cuidados durante el embarazo, como no cargar cosas pesadas, así como otros cuidados sobre la alimentación y otras prácticas tradicionales para protegerse y que no les suceda algún tipo de infortunio. Estos generalmente son para proteger a las criaturas en gestación, con la intención de evitar alguna malformación o cualquier otro daño, incluso de la muerte.

[¿Qué tipo de cuidados tuviste durante el embarazo?] no levantar cosas pesadas, no tener tan apretado el pantalón o la falda, sino te queda pues ya no ponértelo, usar otro tipo de ropa más holgada, batitas y vestidos, los primeros meses se puede mover más fácilmente pero como a los 5, 6 o 7 meses, pues no (Bernarda, 38 años).

No cargar cosas pesadas, tomar nada de esas cosas para que se venga [o provocar un aborto] el limón, epazote, esas yerbas, ni en tlapamil, y yo hacía caso a todo lo que me decía mi suegra. Nunca tuve vómito, sólo mareos, dolor de cabeza y de vez en cuando, nunca se me hincharon los pies (Rosa, 21 años).

[...] igual cuando truena en el tiempo de lluvia, da miedo, más cuando uno está embarazada, porque los de arriba no te quieren ver cuando uno está así, es lo que me ha dicho mi suegra, por eso cuando te quieras bañar, bañarte temprano, no vaya a ser que te vayan a alcanzar a ti y te empieza a doler la cintura y sí, cuando empieza a tronar siento que me duele la cintura, no sé por qué, pero es lo que me dice mi suegra. Todo lo que ella ha visto y sabe me cuenta, sólo que ella me dice que cuando me vaya a dormir me lleve un ajo, no sé por qué pero me dice, sólo cuando hay truenos. [¿Y en dónde pones el ajo?] Lo pongo cerca de mí, o en mi estómago, ella me dice que lo tenga cerca o me lo ponga así [dándose un masaje en su vientre de 8 meses de embarazo]. Una vez que hubo eclipse me dijo que me pusiera una blusa roja, porque si no, por el eclipse puede nacer el bebé a la mitad, o no estar completo, algo así. Una vez me asusté porque salí cuando había eclipse, yo no sabía nada, pero mi suegra me dijo, ven para acá, no te

vayas, ya mejor me metí adentro y no salí. Pero todo lo que me dice mi suegra se me queda, al momento sí me da miedo, pienso que de veras sí va a quedar así (Rosa, 21 años).

En este testimonio se puede dar cuenta del papel relevante que juega Tere (quien es la suegra de Rosa) sobre todo en los cuidados culturalmente adecuados al contexto nahua que deben tenerse durante el embarazo, parto y puerperio. En este sentido la suegra es reconocida como una mujer de conocimientos que debe ser escuchada y tomada en cuenta. A razón de esto conviene comentar que Berrio (2013) destaca la importancia del papel que tiene la suegra en el cuidado de la nuera durante el embarazo, parto y puerperio, siendo la suegra en ocasiones elige el lugar donde dará a luz su nuera.

Se ha documentado que la figura de la suegra en diferentes contextos rurales e indígenas es una figura de prestigio social, a quién se le permite vigilar a sus hijos, hijas y nueras, por ejemplo, cuando las mujeres inician la vida conyugal y se van a vivir a la unidad domestica del seno familiar de su esposo, las mujeres quedan bajo la autoridad de las suegras quienes las instruyen en la realización de las tareas domésticas (Plaza, 2002).

Cuatro de las participantes identifican los conocimientos de las mujeres mayores (sobre todo abuelas y suegras) sobre la predicción del sexo de la criatura en gestación y tiempo en el que llegará el momento del parto, como se muestra en el siguiente testimonio:

[...] porque mi suegra una vez me dijo “mira la luna, yo creo que va a ser niño el que viene”, y le dije “¿por qué?, yo no le veo nada”, “no pues sí, vas a ver si no”, y de veras, ahorita ya sé que es niño [¿Por qué sabes que es niño?], porque el doctor me dijo, me hizo un ultrasonido. Igual de la niña cuando tenía como seis meses en la panza, me dijo mi abuela “la luna se va viendo conforme tú vas del embarazo, cuando la luna se va a llenar vas a tener a tu bebé” y sí, cuando me fui a Zacatipan nomás me quedaba viendo la luna, y cuando se llenó es cuando iba a tener a mi niña y el día siguiente la tuve y ya estaba bien clarita la luna, pero quién sabe, son creencias de ella, de hecho a veces me platica cosas, a veces me sorprende, digo será cierto o no, como más tiempo estoy con ella, ella me platica más (Lucia, 36 años).

Muchas de las participantes afirman que el personal médico y de enfermería de la clínica y del hospital no les recomiendan ir con parteras y parteros de la región, lo cual pareciera una inconsistencia con la iniciativa planteada por el Programa de Parteras Voluntarias Rurales del IMSS Progresas-Oportunidades.

Sí hay partera, pero ya los doctores no recomiendan ir con ellas. Sí me acomodaron el bebé, sí era una partera, pero no me aferré a ella, sólo fui como tres veces, porque algunos van a cada mes, y yo no (Martha, 30 años).

Aunque no se reflejó en el discurso oculto de parteras y parteros tradicionales, en la narrativa de Martha es evidente que el personal médico y de enfermería promueva la atención biomédica, restringiendo la práctica de las parteras y parteros tradicionales. En relación a esto, existen experiencias documentadas en otros Estados, en donde la restricción realizada por el personal médico y de enfermería está centrada en el masaje que las parteras tradicionales realizan a las mujeres durante el embarazo, para acomodar a la criatura y facilitar el parto vía vaginal, como en San Cristóbal de las Casas (Gómez Irazú 2017), Cuernavaca (Pelcastre B, Figueroa, J.G 2008), entre otros. Aunque en esos dos casos, el control de la atención hospitalaria de las mujeres durante el parto atendido por parteras no se manifiesta de forma restrictiva como se refleja en Santiago Centro y determinante como se observó en Santiago Centro.

A pesar de la restricción antes mencionada, la mayoría de las participantes afirman haber acudido con alguna partera o partero de la región para seguimiento y atención de algunos problemas presentados durante el embarazo, esta acción es un elemento importante del discurso oculto de las mujeres, pues ante la demanda del personal médico de no asistir con las parteras y parteros tradicionales de la región, sin confrontar la invitación explícitamente, hace efectivo un elemento de la infrapolítica.

Los problemas de salud presentados durante el embarazo a los que más se refirieron las mujeres participantes fueron dolor en el vientre e incomodidad, atribuyéndolo al mal acomodamiento del feto en

gestación. Al preguntar cómo se sintieron cuando fueron a que las sobara la partera o el partero, manifestaron sentir bienestar, como se muestra en las siguientes narrativas:

Me sentía bien, bien apachada, me sobada la pancita, la parte de la espalda hasta las pompas, porque dice que eso se enfría, entonces a veces cuando no estamos embarazadas nos caemos y eso afecta a nuestro cuerpo y con la sobada lo calienta, ella me sobaba con aceite de olivo, de esos botecitos verdes, y me acomodaba, y uno se calienta y siente uno bien. El bebé lo sintió bien, nomás me venía a sobar boca arriba y me ladeaba, me da el masaje, ellos no cobran, dependiendo de nuestro gusto que le diéramos, del gusto que uno tenía por sobarnos, a veces 15 o 20 pesos y lo que teníamos, a veces maíz, para que satisfaga sus necesidades, porque venía hasta acá (Florencia, 37 años).

Sí fui a que me sobara mi abuela que también soba a las embarazadas, la convidan para que los vaya a sobar, ella me sobaba el estómago con puro alcohol, me echaba este, como se llama... el que le echan a las embarazadas, tabaco, me barrían cuando ya tuve la niña (Rosa 21 años).

De la niña me empezaron a sobar como desde los tres meses y de este [tocándose el vientre, refiriéndose al bebé que aún no nace] casi empezando, pero pues todavía no estaba grandecito el bebé, todavía se podía sobarme más bien, ya no se deja, lo bueno es que las veces que me soba todo ha sido normal, cuando me fui a hacer el ultrasonido, me dijeron que el bebé ya está bien, que ya estaba acomodado, porque la otra vez me dijeron que estaba cruzadito, pero ahora que ya viene, ya está de cabeza (ibíd.)

Cuando me empezaba a tocar el estómago, el bebé se movía bastante, alcanzaba a ver sus coditos cómo se movían, como que giraba, no sabía si por que le agradaba o le desagradaba, pero sentía que lo estaban tocando porque sí se movía. Yo sentía mucha confianza porque mi mamá era partera, ella atendía a los partos, les daba sus masajes, me imagino que antes no era tan estricto que fueran a las citas a la unidad médica, y ella se dedicaba a eso, yo me sentía bien, tranquila, como que sí me caían bien los masajes (Micaela 38 años).

Siendo minoría, tres de las 15 participantes expresaron no haber recurrido con alguna partera o partero durante el embarazo, como se muestra en los siguientes testimonios:

No fui con el partero porque me da miedo ir, mi suegra me dijo que fuera a que me checara, pero mi esposo me llevó mejor a la clínica (Esther 32 años).

Me hice un ultrasonido, por decisión propia no por medio del doctor, pero me lo hice ya hasta al último mes de embarazo, me lo hice porque estaba ansiosa de saber qué era, si era niña o niño, yo pensaba que iba a ser niña. No fui con ninguna partera, porque aquí ya casi no nos atendemos con las parteras, nos mandan directo con el doctor, y aunque te atiendas con la partera nos mandan al hospital [refiriéndose a la atención durante el parto] (Elvira, 30 años).

Yo estaba confundida, como era mi tercer embarazo después del legrado y del óbito, yo me sentía muy confundida, unas me decían que fuera con la partera y otras me decían que no, yo tuve miedo, y mejor no fui (Bernarda 38 años).

Todas las mujeres participantes afirmaron haber asistido a diferentes consultas médicas durante el embarazo, en relación a ello las narrativas de las mujeres muestran la ausencia de detalles particulares en la mención de la atención biomédica recibida durante el embarazo, generalmente se refieren a la asistencia de las citas médicas cada mes, ingesta de ácido fólico y en ocasiones la realización de ecografías. Como se muestra a continuación:

Primero acudí con el médico y cada mes acudía a chequeo, me dieron las pastillitas de ácido fólico, yo las consumí todas porque sé que le beneficiaban al bebé, ya después como a los seis meses me atendió una partera que venía cada ocho días, me daba el masaje al estómago, me acomodaba al bebé, ellos tienen sus técnicas y estimulaba al bebé para que se acomodaba dentro del vientre para que se acomode para nacer (Micaela, 38 años).

Caso de Florencia “Sentí una sensación en mi vientre y en mi corazón”

Florencia es una mujer de 37 años, originaria de uno de los barrios más cercanos a Santiago Centro, ella es de estatura baja, muy sonriente. Cuando tenía 25 años nació su hijo y en la siguiente narrativa nos muestra su experiencia:

[¿Cómo te enteraste de que estabas embarazada?] sentí, sí se siente una sensación [entre risas, continua hablando], pues sí la sentí y también empecé a vomitar cualquier cosa que me gustaba, primero me lo comía y luego me daba asco, primero no sabía, pensé que era normal, y sentí una sensación en mi vientre y en mi corazón, se siente bien bonito, como que algo siente mi cuerpo, y con esos ascos pues yo fui al médico particular, pues hay algo simple para saber si estas embarazada, necesitas esto y vas al baño y es para saber si estas embarazada. Me hice una prueba, sí salió positiva, salieron las dos rayitas y me dijo “sí salió” [...] cuando supe que estaba embarazada, dije, qué iban a decir, pero también era mi decisión porque yo sabía que podía quedar embarazada, uno sabe que cuando tiene relaciones sexuales y no se cuida, en algún momento se presenta, pero tenía mucho miedo decirle a mi familia, primero a mi familia y luego a su papá, a mi novio en ese momento, yo cómo le decía, tenemos que hablar [...] ya cuando platicamos, pensé que lo iba a tomar diferente, pero no dijo nada, “está bien, no pasa nada, nos vamos a apoyar los dos, ahora esperemos que todo esté muy bien, no vamos a pedir que se a niño o niña, le vamos a pedir a diosito que salga bien, que este completo, que tenga salud y que salga bien, es lo más importante y de apoyo vas a tener conmigo, sabemos la responsabilidad que tenemos, echarle ganas, y sólo platicar con nuestras familias, tu encárgate de hablar con tu familia y yo con la mía”, pero no me atreví a decirles, sentía miedo, pensé que me van a regañar, cuando estaba estudiando pues, yo decía nunca me voy a casar, voy a estudiar, tenía eso de nunca tener hijos, pero no me sentía tan culpable por que no era al 100 su apoyo, sino que yo también con la beca de Conafe y siempre busqué la manera. Ya luego fui a decirles, pero pasaron días para poder hablar con ellos, porque tenía miedo, y como ‘al cama’ estaba allá, pues dije ya es el momento estaban los tres, pero tenía miedo, mi corazón ya salía, pero ya les dije que estaba embarazada, y luego, luego ellos preguntan “¿quién es el papá, es alguien que también estudio, ya termino la carrera?”, y eso es lo que querían, me decían

si te vas a juntar, pues alguien que también haya estudiado, que te atienda, y les digo, “él ya terminó, yo ya hablé con él, y él va a apoyarme no me va a dejar”, ellos me dijeron, “no tenemos por qué enojarnos, pues ya estás embarazada”, y me brindaron su apoyo, y me dijeron tiene que venir, lo vamos a conocer y entonces llegó el momento de que le dije a él, que lo querían conocer, y se ganó el apoyo de ellos.

4.3.3 Atención de las mujeres durante el parto. “Ve a buscar la camioneta para que nos lleve al hospital”

Como se muestra en la información obtenida en la encuesta realizada, en las mujeres de 17 a 39 años (información recabada durante el 2016) la atención biomédica durante el parto es más recurrente que en las mujeres mayores a 46 años. Uno de los factores de peso al que se le atribuye tal dato tiene que ver con las estrategias que el IMSS-Prospera/Oportunidades ha empleado para promover la atención biomédica de las mujeres durante el parto.

A razón de eso, los médicos, médicas y enfermeras que dan seguimiento y atención a las mujeres durante el embarazo en la clínica de Santiago Centro, se encargan de dar distintas recomendaciones e indicaciones relacionadas con la atención, una de ella es acudir al albergue acercándose la fecha del parto y quedarse en el albergue que se encuentra frente a la clínica de Zacatipan. Esta recomendación, según el criterio del personal médico, se realiza con la intención de reducir las complicaciones y emergencias durante el trabajo de parto, sobre todo en mujeres que residen en localidades distantes a Tamazunchale. Cabe mencionar que a estas recomendaciones también se suman las parteras y parteros de la región.

En las narrativas de las mujeres participantes se identifica que para muchas de ellas, esta recomendación no es viable y en ocasiones se trasladan al hospital regional cuando el trabajo de parto ya está avanzado, a excepción de identificar alguna emergencia obstétrica.

La mayoría de las mujeres participantes expresaron que cuando experimentaban los primeros síntomas del trabajo de parto se esperaban en sus casas, algunas descansando por un momento, otras de

ellas continuando con la rutina diaria, como hacer de comer, estar al cuidado de sus otros hijos e hijas (en caso de las mujeres que ya habían experimentado otros procesos de embarazo), incluso ir a lavar ropa.

Como se muestra a continuación:

Me acuerdo que el día que nació mi hijo, yo ya había ido al hospital una semana antes y me dijeron que me quedara, pero yo no me quise quedar porque no quería dejar a mis niñas solas en la casa, estaban chiquitas y mi esposo se salía a trabajar, me dejaron salir del hospital pasaron los días y nada, yo ya había pagado la camioneta para que me llevara al hospital cuando empezara a sentir dolores, para que en cualquier hora que la necesitara me llevara. Amanecí con unos dolores, pero muy despacito, no les hice caso y luego se quitaron, ya en la tarde mis hijas se habían ido al templo y no llegaban, ya se habían tardado, me dio pendiente y le dije a mi esposo que fuera a buscarlas, no me hizo caso y fui yo. Al bajar de la casa empecé a sentir los dolores más fuertes, cuando se me pasaron seguí caminando, ya que llegué a la iglesia me senté en la banca de atrás, porque seguí sintiendo dolor, escuché a dos señoras que estaban atrás de mí diciendo “ya va a tener a su bebé” y yo pensé, sí yo creo que ya va a nacer, vi a mis hijas y nos fuimos para la casa, Pamela las más grande me preguntaba “¿estás bien mamá?” yo le decía que sí, que siguiéramos caminando [...] antes de bajar las piedras me dio un dolor muy fuerte, yo sentía que ya no podía y me esperé un rato, bajé a duras penas y aquí afuerita antes de subir a mi casa me encontré a mi suegra [quien es partera de la localidad], me dijo, “tu bebé ya va a nacer mira cómo andas”, me ayudó a subir, me sobó la panza y me sentí mejor, me dijo arregla tu maleta para que te vayas porque ya va a nacer tu hijo. No le dije nada a mi esposo y como me sentí mejor, hasta me quedé dormida. Como a las cinco de la mañana que me levanto, ahora sí ya traía más dolores y le dije a mi esposo, despiértate, ya va a nacer, ve a buscar la camioneta para que nos lleve al hospital, él se fue a buscarla y cuando llegó me ayudó a bajar las piedras, yo sentía que ya no podía, el camino al hospital se me hizo lejos. Ya cuando llegamos pronto me dejaron pasar, me revisó la doctora y me metieron a la sala, la doctora me apretó la parte de las costillas para ayudarme a que naciera el bebé y luego nació, fue rápido (Lorena 38 años).

En su mayoría las mujeres que no tienen acceso a vehículo propio o familiar, pactan con algún vecino o conocido dándole un adelanto del pago, con el acuerdo de llevarlas a la clínica cuando sea necesario, sin importar la hora y el día. El costo del viaje varía entre los \$250 y \$350 pesos, si es en la noche o madrugada el costo suele aumentar.

Otras mujeres participantes afirman haber asistido al hospital regional en las primeras señales de trabajo de parto consideradas como emergencia, como puede ser la identificación de sangrado vaginal, mareos y dolor intenso en el vientre.

Las dos niñas nacieron en el hospital, con la primera, me trataron muy bien, pero muy bien. Con la segunda ya no tanto, porque hay algunos que te hablan mal [refiriéndose al personal médico y de enfermería], porque de la segunda me pusieron el oxígeno, la que te ponen aquí [señalando la nariz], la manguerita y el de aquí para escuchar al bebé, hay algunas pacientes que es por turno, hay unas enfermeras que te tratan bien y otras no, y luego como que me lo conectaron mal el suero y me dolía el brazo, y como que se enojaba cuando yo le decía a la enfermera que me dolía mucho, se enojaba porque pensaba que yo sólo me quería quejar, hasta que llegó la otra enfermera, y me dijo, “qué tiene”, pues ya le dije que me dolía mucho el brazo y que no lo podía mover, luego ya me checó ella, y me dijo “creo que te moviste”, pero le dije “no, desde que me lo conectaron me dolía, y les dije, pero me dijeron que estaba bien”, y dijo ella, “no pues sí está mal”, y ella me lo puso bien, pero del otro lado, porque estaba muy hinchado mi brazo, y en la primera sólo me pusieron el suero y no el oxígeno (Martha, 30 años).

En algún momento bueno y en otros muy mal el trato del médico, más que nada la enfermera, porque yo fui a hacer tres días en el hospital, los primeros días desde que ingrese ahí el doctor me trató bien y las enfermeras también, te decían lo que tienes que hacer, ponerte a caminar y todo eso, las enfermeras luego cada ratito, me decían que viniera para ver el avance que había para tener a mi bebé, pero me trataban bien, y al día siguiente me pasaron a otro lugar porque me dijeron “ya vas a tener a tu bebé”, y los dolores ya me daban más fuertes, según ellos expertos, pues me decían que pujara y pujara, y por más que pujaba no salía el bebé, y ellos como que ya se enojaban y luego otra vez me llevaron a la cama, y yo sin experiencia a los 25 años pero sin experiencia y luego con miedo, porque no sabía ni qué hacer, y me pasaron a la cama otra vez, me dio fiebre y sentí un frío, pero bastante, y casi estaba temblando, pero ahí no te dan sabanas ni nada, y a la enfermera que estaba ahí, le pedí una sábana, le dije “tengo mucho frío me puedes dar una sábana por favor”, y no nada, me dice “no, no te voy a dar nada”, y le dije “es que tengo mucho frío”, “no te puedo dar sabanas”, y yo así “es

que tengo mucho frío y necesito taparme”, yo pensé que ese frío era normal, pero no. Ya después pasó mucho tiempo, era mediodía, y ya ves que en mediodía se cambian de turno, esos son los de la mañana y luego llegan los de la tarde, y como acostada, escuchaba que venían tantos y le decían la cama tal tienen tanto de avance de embarazo y le falta tanto, y cuando escucho que ya están al lado mío, ella le estaba explicando y el doctor me vio con la temblorina, y me dice “¿qué tiene madre?, porque ahí nos dicen así, y le digo “lo que pasa es que tengo mucho frío”, y ahí como que ya empecé a despertar, y le dije “es que le estuve pidiendo a la enfermera una sábana porque tengo mucho frío y no me hace caso y hasta ahorita que ya me pasó la sabana, pero ya sabe con sus corajes” le dije, pero la enfermera vino y me puso un termómetro aquí [señalando sus axilas] y me dice “sí tienes fiebre”, y pues sí tenía mucha temperatura, luego, luego trajeron ese aparato para ver los latidos del corazón del bebé, y luego me pusieron oxígeno, un trapo todo mojado me pusieron aquí [señalando su frente] y me empezaron a cuidar, las enfermeras me checaban cada ratito a ver si bajaba la fiebre y sí estaba bajando, el doctor me checaba si ya iba a nacer el bebé, y ellos con sus palabras técnicas yo ni les entendía. Ya luego les entendí que ya voy a tener a mi bebé y yo también ya sentía que sí, entonces cuando me bajó la temperatura me pasaron a la camilla para tener a mi bebé, y me dice el doctor “ahora sí madre, ya le bajó la temperatura entonces nos va a apoyar porque nosotros solitos no vamos a poder, vas a tener un parto normal, pero le vas a tener que echar muchas ganas”, eso de la respiración está bien, yo le dije “pues ya nomás que me digan cuando”, ya con ellos era diferente, lo que más me acuerdo es que le decían doctor García, y él me decía, “vamos a organizarnos lo que tenemos que hacer, ¿usted ya sabe qué hacer?” me pregunto, yo le dije que sí, entonces me dijo “vamos a contar hasta tres y yo también le voy a ayudar”, y me dice, “se ve que van a ser dos”, como de broma, dice “si van a ser dos uno va a ser para mí, yo voy a contar 1,2,3 y usted va pujar, yo la apoyo de aquí para apoyar que se baje el bebé, pero no le voy a hacer fuerte, despacio, nomás la voy a ayudar”, pero estaba gordo el doctor, y contaba, ya luego me decía ya viene su cabecita, y así el doctor contaba y yo pujaba, y él me apoyaba para que saliera. Ya luego lo tuve, lo llevaron para allá, lo pesaron, yo vi el reloj que estaba ahí, y me dice “es un niño”, yo ya sabía que era niño, pesó 4 kilos y midió 51 centímetros, yo siento que ahí me trataron muy bien, ves que cuando tienen el parto, ellos llenan un formato. Yo digo que en algún momento me trataron mal con las enfermeras, pero después ya con los doctores bien. [¿Con eso que dices de que te ayudaba el doctor, sentiste dolor?] No, no sentí molestia, no lo hacía fuerte, y sí sentí que me ayudó (Florencia, 37 años).

Recurrentemente las participantes identificaron la maniobra de *kristeller*³⁶ practicada por médicos, definiéndola como “me ayudó a que naciera mi bebé”, algunas de las mujeres entrevistadas expresan haber sentido dolor durante y después de la realización de esta maniobra. Cabe señalar que la OMS y la NOM007 no recomiendan dicha práctica, pues de ser así, la aplicación de esta maniobra puede causar lesiones a la mujeres que se encuentra en trabajo de parto, así como fracturas de costillas y en casos extremos la rotura del útero dolores, en los recién nacidos también puede causar diferentes lesiones y fracturas. (El parto es nuestro, s.f)

En las entrevistas y en la información obtenida de la encuesta realizada, se manifiesta un bajo índice de cesáreas practicadas a las mujeres participantes, ya que sólo dos de ellas confirman haber tenido un parto por cesárea. Como se presenta en siguiente testimonio.

Cuando llegué a la clínica [hospital regional] de que ya iba a nacer mi bebé, escuché que a una señora se le murió su bebé, le dijeron en el cuarto donde estábamos todas, cuando escuché eso me puse con miedo, me dio tristeza, no sabía por qué, pensaba si se muere mi bebé o que yo quedé ahí. Cuando me pasaron a la sala para tener a mi bebé, me anestesiaron, me amarraron, me dio escalofrío en todo el cuerpo y empecé a temblar, no me podía controlar, me inyectaron otra vez, acá no me taparon como en Valles. Cuando me lo sacaron sentí que me movieron mi corazón [refiriéndose a que sintió un jalón fuerte]. Al otro día me dieron de alta (Esther, 32 años).

A continuación, se presenta el caso de Bernarda, quien narra de forma detalla la atención biomédica de su parto por cesárea.

³⁶ La maniobra de Kristeller es una práctica realizada a las mujeres durante el parto, concretamente en la fase de expulsión. Esta maniobra consiste en ejercer fuerza externa empujando con el antebrazo o puños hacia abajo del pecho de la mujer, logrando empujar al bebé y acelerar el momento del nacimiento.

Caso de Bernarda “Me acuerdo como si fuera ahorita.”

Cuando entrevisté a Bernarda ella tenía 38 años de edad, es una mujer alta, de cabello corto color negro, es muy amable y sonriente, la conocí en el preescolar de Santiago Centro, se mostró interesada en la investigación que me encontraba haciendo en la localidad y fue la primera mujer a la que entrevisté. Cuando Bernarda tenía 23 años experimentó a los dos meses de gestación un aborto espontáneo, a los 24 años tuvo su segundo embarazo y su tercer embarazo lo tuvo a los 32 años de edad. Como lo expresa de manera textual en su testimonio:

Yo tenía 10 años de haberme casado y nada de embarazo, cuando supe que ya estaba embarazada, fue muy diferente, porque mi embarazo fue de alto riesgo, en el sentido de que él [señalando a su hijo de cinco años que estaba cerca de ella] es mi tercer embarazo. Tuve un óbito de ocho meses que se me murió adentro, en el 2001 tuve un óbito de ocho meses porque se le interrumpió la circulación materno fetal, una semana lo tuve dentro de mi vientre sin vida, eso me dijeron los doctores. Tuve mi parto normal, sin cesárea ni nada, dolores normales, después, me controlé durante un año, porque el doctor me dijo que mi matriz queda débil y para poder otra vez sostener el peso de un bebé necesitaba tiempo, pero sin control alguno, después me volví a embarazar, ya sería mi segundo embarazo. Al año y medio me practicaron un legrado, porque me dio bastante tos por el clima, esa tos seca donde al toser haces esfuerzo en el abdomen; yo estaba en Monterrey y fui al doctor, “vamos a ver al bebé”, me dijo, “bueno todavía no es un bebé, es un embrioncito chiquito, si está bien te doy el medicamento para la tos, y si no, pues hay que tener que sacarlo”, pues resulta que ya no, que el embrión ya no tenía sus latidos y me practicaron un legrado, esto fue en el año del 2002 [...]. De ahí, el doctor que me atendió del legrado, me dijo, “señora ahorita usted ya no se va a poder embarazar, le hicieron el lavado, su matriz quedó débil”, me estuve controlando, pasaron nueve años, en el 2010 me volví a embarazar, pero del 2002 al 2008 mi vida fue puro trabajar, siempre he trabajado, desde las seis de la mañana hasta a las nueve o diez de la noche me acostaba [...], con mi embarazo sí me dijeron en la clínica que hay que tener mucho cuidado, porque ya llevo un óbito, un legrado y éste es el tercero, me dijo “el tercero es la vencida, hay que tener más cuidado”, entonces ya sabiéndome yo embarazada, hay que guardar más reposo, me levantaba a las siete de la mañana ya con más descanso, pero de trabajo igual, a Acalamayo, iba de doce a dos de tarde, una vez por semana y me regresaba a mis quehaceres normales, pero si era de que mes con mes ir al doctor.

Bernarda afirma que nunca fue con la partera a que le acomodaran al bebé, ya que tenía mucha desconfianza porque se le diagnosticó un embarazo de alto riesgo, por esta razón la vigilancia médica era constante como se puede ver en el siguiente testimonio:

Después de los siete meses todo bien, lo crecí bien en mi vientre pero venía atravesado, los pies aquí y la cabecita acá (señalando su vientre), él estuvo transversal, y mi primer embarazo también estuvo así, ya al 8 mes se acomodó, se puso de cabecita, pero como se me murió a dentro, pues no se logró, pero con Betito sí estuvo transversal, en el momento en el que se acomodó se enredó su cordón, y ese es el otro detalle, es otro miedo que me metió la doctora gine, al octavo mes yo estaba constante con mis citas, me dice, yo le voy a dar una noticia, yo le pregunto que si es mala, me dice no es mala, bueno es una buena y mala también, cual prefiere primero, yo le dije la buena, él bebé ya se acomodó, va a tener usted un parto normal, pero lo malo es que en el momento en que se acomodó se enredó, el niño esta enredado, y ahora hay que estar más al pendiente por que en el momento del trabajo de parto es cuando los niños hacen por salirse y es cuando ellos se enredan más y en muchas ocasiones los niños se ahorcan con su propio cordón, me quedé órale, ya es otro miedo más, y pues yo estaba sola.

En el último mes de embarazo Bernarda asegura que la vigilancia médica aumentó a tal grado de tener que trasladarse hasta el hospital regional ubicado en Zacatipan, barrio de Tamazunchale dos veces al día, cabe recordar que el recorrido de Santiago Centro al Hospital se hace en una hora aproximadamente, lo cual le generaba cansancio.

Y con la doctora de aquí de Santiago, también desde que supo que estaba embarazada, mandó mis archivos, era constante acá y allá, me dijeron es que ya tuviste un óbito y este es el tercero con este si vamos a salir bien. Y así todos me daban ese ánimo, me preocupaba pero no tanto, no se me bajaba el autoestima, la doctora me dijo, cualquier cosa que sientas, que no se te mueve o algo, corre, háblame, y la doctora de aquí también estaba muy al pendiente conmigo. Entrando al octavo mes, que mi bebé ya se había acomodado pero estaba enredado, mis citas en el hospital eran cada semana iba yo a Zacatipan día y noche, día y noche, de repente si era muy cansado, la ventaja es que nosotros teníamos camioneta, aun así era cansado, aparte yo trabajaba, y en la mañana me citaban para hacerme un ultrasonido y ver su corazoncito, me ponían como un reloj

aquí [señala su vientre] me acostaba boca arriba, pero que incomodo, y Betito yo creo que se sentía incómodo por que empezaba a moverse, y yo pensaba a qué hora me quitaban eso, así me citaban mañana y tarde, mañana y tarde, me hicieron un total de 18 tactos, durante ese periodo, en la mañana me hacían, en la tarde me hacían.

Al escuchar lo anterior, mi piel se erizó por la cantidad de tactos que Bernarda comentó que le habían hecho durante las distintas revisiones, la realización continua de tactos vaginales durante el trabajo de parto es una práctica médica de rutina que no es recomendada por la OMS, pero que comúnmente se sigue practicando de forma irresponsable. En ese momento y con las sensaciones a flor de piel, le pregunté a Bernarda ¿y tú como te sentías con eso? ella respondió lo siguiente:

Pues las primeras veces sí sentía dolor, es algo incómodo, pero ya después uno se acostumbra, me hicieron tantos tactos, la doctora de aquí me extendió mi pase pero no para parto normal, me dijo “usted va para cesárea, por las condiciones en que va el bebé”, pesaba 3 kilos con 640 gramos, estaba enredado, tenía tres circulares, la ventaja era que no estaban apretados, pero en el parto es cuando se aprietan y se enredan más, porque no es trabajo del niño, sino de la mamá y el niño, de los dos, de las dos partes, por eso yo no iba ir a parto natural, porque es el tercero, y dos perdidos, y me decían “el tercero lo debemos tener”. Pero cuando llegué al hospital, a fuerzas querían que fuera parto natural, pues llegué y me hicieron los tactos y como si nada yo, siempre bien fuerte yo [...] llegaron un lunes, me acuerdo que primero llegó un gine, de esos que reciben a los bebés, y me dijo “ya chequé su [¿cómo se le llama? la hoja esa], el expediente y lleva muchos tactos, yo ya no le voy a hacer, porque le han hecho muchos, y eso no se debe de hacer, no le tuvieron porque haber hecho eso, usted puede tener una infección, no ahorita, pero sí cuando nazca el bebé, esperemos que no, ahorita yo ya no le voy a hacer nada, la voy a pasar a la sala”, yo le dije “está bien doctor, yo estoy aquí ustedes hagan conmigo lo que sea, con tal de que mi bebé salga bien”, me dijo “no se preocupe usted está en manos de nosotros”, me metieron a la sala, me prepararon, me dijo el gine, era yo la única embarazada ahí, yo como si nada, me atendieron, me quedé dormida, toda preparada con suero y me llevaron a la camilla. Me acuerdo como si fuera ahorita, el doctor le dijo a la enfermera “sabes qué, a las 6 de la mañana le aplicas [eso para que se adelante el parto], la oxitocina, y a las 6:30 a la señora me le rompes la fuente”, a las 6:30 me rompieron la fuente, a las 6:00 me despertaron y me pusieron la oxitocina, y me dijeron “ya no se duerma señora”. Yo no sentía dolores, nada de dolor, hasta el doctor que me dijo que ya tenía 4 de dilatación. Y la doctora de aquí [de Santiago

Centro] me hablaba y me preguntaba, ¿cómo vas?, yo le dije que ya tenía 4 de dilatación, pero no siento nada dolor, me dijo “no, usted ya no es para que ande caminando, porque en cualquier momento se le puede venir el bebé y usted ni cuenta se va a dar”, por eso el doctor me internó, el gine le dijo al enfermero, a esta hora le ponen la oxi y luego le revientas la fuente, y de mi otro embarazo del óbito, también me hicieron eso, porque no sentía los dolores, pero dicen que, las que me han platicado, que han tenido parto normal sin oxi y es un dolor diferente, y a las que nos ponen oxi nos provocan los dolores, son más fuertes. Me dice el doctor, “va a sentir que se le abre aquí”, y no sentí nada, y me aplicaron la oxi por aquí, por las venas [señala su brazo], me volvieron aplicar más y ni así mi niño nacía, me desperté como a las 7, y me sentí toda mojada como si me hubiera hecho pipí, pero no, el enfermero le dice a la enfermera, “hay que cambiarla, porque como le reventamos la fuente toda se mojó”, yo me volví a dormir, pasaron las 7, las 8 y las 9, y yo sólo escuchaba que la doctora de aquí les hablaba, y les dijo, no, ella ya es para que le hagan cesárea, no la mandé para que le practiquen el parto natural, pero me desperté, cuando dijo el gine, a todas las enfermeras “preparenme a la señora, véndenla y despíntenle las uñas”, que me desperté y me puse bien cuerda, y peleando, yo sí me puse a pelear con el gine, le dije, “sabe qué doctor, usted sabía perfectamente bien que yo no venía a parto natural, no sé porque ustedes me tienen aquí queriendo que yo tenga un parto natural, cuando mi cuerpo no está para hacerlo, yo no siento dolores, ningún tipo de dolor de parto, y no es porque no sepa cómo es, pero es que no los siento, ¿qué pasa? ¿Por qué ahorita de buenas a primeras me dicen que ya me van a meter a quirófano, qué pasa?”, yo ya estaba enojada, y me dijeron “sabe qué señora, es urgente señora, es que el bebé ya no tiene líquido, está seco por dentro, es que a usted se le rompió la fuente, y está a punto de entrar en taquicardia”, dicen que les da un infarto a los bebés, y le dije yo, “¿qué posibilidades me da usted de que mi hijo salga bien?”, y él bromeaba, pero yo no quería que me bromeara, yo quería que me dijera la verdad, para saber a qué me están exponiendo ellos, “usted ni se preocupe señora le doy un 99% de que su bebé va a salir bien” [...] en lo que me preparaban las enfermeras y yo peleando con él, eran las 11:30 y le pregunté, “¿en cuánto tiempo voy a tener a mi bebé?”, me dijo “a las 12:00, ya lo va a tener y en el momento en el que se lo extraigamos se lo vamos a enseñar, aquí está su bebé”, en las 11:45 me metieron a quirófano, me pusieron la raquea, me hicieron lo que me tuvieron que hacer, a las 12:01 porque yo estaba viendo el reloj, Betito ya estaba afuera, a las 12:01 del 2 de Agosto, descansé de tanta preocupación, y pues todo bien, de ahí me llevaron a reposar, tocó un día martes cuando nació Betito, él todo bien, pero la que siguió mal era yo, por lo de los tactos que me hicieron, me dio una infección, una temperatura de 40 grados, me

revisaron y me dijeron, “señora ya la íbamos a dar de alta pero tiene temperatura”, le dije al doctor, “¿no me habrán dejado las gasa allá dentro, o las pinzas [se comienza a reír], el bisturí?”, me dijo “señora no, cómo cree, ha pasado, pero le voy a decir cuál es el motivo de su temperatura, no, el motivo de su temperatura fueron los tactos que le hicieron y le provocaron una fuerte infección”, salí hasta el día viernes, ya todo bien, se me bajó la temperatura, el sábado regresamos por el tamiz, pues ya mi embarazo ya culminó y yo con mi niño en brazos.

Como se puede observar en el testimonio de Bernarda, ella relata de forma muy puntual muchas de las prácticas biomédicas que el personal médico y de enfermería le realizaron durante el último de sus partos, muchas de esas prácticas –como la realización continua de tactos vaginales, aplicación de oxitocina para acelerar el proceso del parto, ruptura prematura de membranas (cuando se rompe la fuente), entre otras–, se siguen realizando de forma cotidiana en la atención biomédica de las mujeres durante el parto, aun cuando la OMS no las recomienda, ya que pueden generar complicaciones y riesgos para las mujeres y recién nacidos, tal como lo narra Bernarda cuando afirma que la realización de 18 tactos vaginales le provocó una fuerte infección vaginal. Además, es necesario hacer hincapié en que esas prácticas son consideradas como violencia obstétrica³⁷.

Sin embargo, el testimonio también muestra que uno de los médicos que la atendió identificó el riesgo de la realización de los múltiples tactos vaginales que le hicieron a Bernarda. Lo cual confirma lo que otras mujeres manifestaron en sus narrativas acerca de la diferenciación que hacen del personal

³⁷ El mes de junio del 2015 fue aprobada en el Congreso de San Luis Potosí una modificación a la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí, donde se establece en el marco jurídico estatal el reconocimiento del término Violencia Obstétrica, entendida como todo abuso, conducta, acción y omisión intencional, negligente y dolosa que lleve a cabo el personal de salud, de manera directa o indirecta, que dañen, denigren, discriminen y den un trato deshumanizado a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio; que tenga como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.

médico y de enfermería que realizan prácticas que ellas consideran buenas y amables, y el personal de salud que realiza prácticas que las incomodan y provocan dolor o malos tratos.

Otro aspecto a resaltar es el miedo como una emoción recurrente que Bernarda sintió durante el embarazo y, sobre todo, durante las distintas prácticas biomédicas que le realizaron en la atención durante el parto, ya que éstas pusieron su vida en riesgo y también la de su hijo.

Por último, la reacción de enojo y reclamo que tuvo Bernarda ante la atención recibida y postergación de la cesárea –que por las condiciones que presenta Bernarda era una práctica necesaria–, refleja la complejidad de emociones, reacciones y decisiones que están presentes en la trayectoria que recorren las mujeres en la atención durante el embarazo y parto.

De las participantes, sólo dos mujeres afirman haber sido asistidas durante el parto en su domicilio, porque ya no alcanzaron a ir al hospital, como se muestra a continuación:

Me alivié en la casa, mi esposo fue a ver el carro y empecé a sudar, mi suegra me vio, me dijo “ya no te vayas, tú bebé ya va a nacer”, me acompañó al cuarto y me dijo que la esperara, que iba a ir por su material, cuando llegó, ya estaba naciendo mi bebé, ella me ayudó y le cortó el cordoncito, ya después fuimos a la clínica, ella me acompañó y les dijo que fue algo del momento, que ya iba a la clínica, pero no alcancé. Las dos estábamos bien y no hubo problema en la clínica. Pero si es diferente cuando llega tu bebé en el hospital o en la clínica, yo digo que es mejor en el hospital porque te ponen suero para que no pierdas las fuerzas (Lorena, 38 años).

A continuación, se presenta el caso de Emilia, quién por diferentes razones decidió tener su parto en casa, atendida por un partero de la región.

Caso de Emilia: “Me llevaron con uno que sabe.”

Emilia es una mujer de estatura media, ojos color café claro, tiene el cabello teñido de color castaño y generalmente lo usa recogido. Ella tiene 36 años de edad, es originaria de Xilitla y tiene tres hijas Berenice, Flor y Kely. Cuando confirmó su primer embarazo, ella se encontraba trabajando de empleada doméstica en el estado de Tamaulipas. En ese momento Emilia no estaba casada ni vivía en unión libre con su pareja, quien después del parto desapareció y perdió contacto con ella. Después de nueve años de tener a su primera hija, se fue a vivir a Santiago Centro y se unió por lo civil con su actual pareja.

Emilia afirma que durante los dos primeros embarazos recurrió con un partero para que la sobaran, pero acudía al hospital regional para la atención durante el parto, como lo refleja a continuación:

Me llevaron con uno que sabe, con un partero, y el dolor fuerte se me paró, era porque no estaba acomodado el bebé. Cuando me sobó me sentí bien y el masaje que me dio fue con cuidado, también me dio yerba [licuado de nopal y otra planta que no conozco]. En los dos primeros embarazos a mí me dio miedo, por eso no me quedé con el partero [refiriéndose a la atención durante el parto].

Emilia afirma que cuando tuvo su último embarazo, constantemente se acordaba de cómo se sintió durante los partos atendidos en el hospital:

[...] me acordaba que las enfermeras eran muy gruñonas y me gritaban que no pujara cuando iba a tener a mis otras niñas y sentía miedo, pero cuando Melani [su tercera hija] iba a llegar, mis suegros fueron a buscar al partero, él me dio yerba y fue bien bonito mi parto, él prendió una vela para pedir que todo saliera bien, estaba rezando y luego sacó una cosita para escuchar a la bebé, tenía también tijeras y perilla. Cuando lo mandaron llamar ya casi llegaba mi niña [...], después del parto mi suegra lavó las sábanas, enterraron el cordón el partero y mi esposo. Yo me sentí mejor, más segura estando con él, somos pareja que pensábamos tener otro hijo y me sentí más acompañada y él me ayudaba con su mano cuando yo hacía fuerza para tener a mi bebé.

En el testimonio de Emilia se puede observar que distintos factores activaron las condiciones para que ella estuviera asistida en su casa con un partero durante el trabajo de parto, los factores que se identifican son su propia experiencia, calificada por ella misma como desafortunada en la atención biomédica durante sus otros partos, la autoridad moral de sus suegros y el reconocimiento social que tiene el partero como terapeuta tradicional. También es evidente que para Emilia fue importante compartir el momento del parto con su pareja, afirmando sentirse acompañada y cómoda, no sólo en el momento del parto, sino durante los cuidados y proceso de embarazo.

4.3.4 Uso de métodos anticonceptivos como cierre de las trayectorias de atención a las mujeres durante el parto: “Si no firmas no te atienden”.

Durante el trabajo de campo y las entrevistas realizadas se identificó la aplicación de métodos anticonceptivos como cierre de la atención biomédica recibida durante el parto, siendo uno de los objetivos de los programas institucionales del sector salud. Esta información será analizada en tres vertientes, la información sobre métodos anticonceptivos que tenían las mujeres antes de su primer embarazo, el uso de los métodos anticonceptivos después del parto y las reacciones secundarias que las mujeres relacionan con el uso de métodos anticonceptivos.

- a) **Información sobre métodos anticonceptivos antes del primer embarazo.** La mayoría de las participantes afirman que antes de estar embarazadas no tenían información sobre métodos anticonceptivos³⁸.

De las 15 participantes, tres afirmaron tener información sobre métodos anticonceptivos antes del primer embarazo; Rosa y Florencia confirmaron haber obtenido esta información en la escuela

³⁸ Está información también se confirma en el trabajo realizado por Berrio Palomo (2013) en la Costa Chica de Guerrero, investigación realizada con mujeres indígenas de la región.

secundaria y Esther afirma haber obtenido esa información cuando se encontraba en Monterrey de empleada doméstica, como se puede observar en sus testimonios:

Yo conocía el DIU, nos daban plática en la escuela, en la prepa, la enfermera nos daba las pláticas, las pláticas eran para todos, para hombres y mujeres, que el DIU era para cuidarse y no embarazarse, el implante el que ponen en el brazo (Rosa, 21 años).

Sí, pues yo de lo de la escuela, de manera general no sabía, pero si sabía del DIU porque sí lo había escuchado (Florencia, 37 años).

Sí tenía información por que trabajé en Monterrey y mi amiga se provocó un aborto, ella trabajaba con la hermana de mi patrona. Cuando supo eso, la patrona mejor me llevó a pláticas, me decían que estaba mal lo del aborto³⁹ provocado, el bebé no tiene la culpa, él es inocente, la mamá puede perder la vida si va con una persona que no tiene experiencia en eso. Mi amiga fue con una señora, le dijo qué yerba iba a comprar y se hizo un té. La patrona de mi amiga era muy religiosa y la despidieron, a mi amiga la hospitalizaron dos días y se quedó sin trabajo, el muchacho no se hizo responsable y ella lo hizo porque tenía miedo, ya después ella también fue a las pláticas. Yo duré seis años trabajando en Monterrey, a los 18 años me fui a trabajar, aunque yo tenía ganas de seguir estudiando, pero mi mamá se enfermó y decidí irme, yo soy la única hija (Esther 32 años).

En el último testimonio se puede observar como la migración hacia Monterrey fue un factor para que Esther y para otras mujeres, se acercaran a información sobre métodos anticonceptivos antes de su primer embarazo; sin embargo, el testimonio de Esther también refleja una relación de subordinación en la que la patrona decide qué es lo adecuado y necesario para Esther como empleada doméstica a su servicio.

³⁹ Durante el trabajo de campo me interesé por la información relacionada a la interrupción del embarazo, pero al tocar el tema con las parteras, el partero y algunas mujeres, percibí incomodidad y rechazo a contestar, lo cual respeté. Este fue el único testimonio en el cual se refleja el tema del aborto sin haberlo tenido como objeto específico de mi investigación.

b) Aplicación de métodos anticonceptivos como cierre de la atención brindada durante el parto.

Todas las participantes afirmaron que, al llegar al hospital general durante el trabajo de parto, el personal médico y de enfermería les pedía firmar el consentimiento para la aplicación de algún método anticonceptivo, el cual sería colocado inmediatamente después del parto. Esta acción que el personal médico y de enfermería realiza con las mujeres durante el trabajo de parto se inscribe en el discurso oculto de los profesionales de salud biomédica, a razón de esto se puede decir que el eufemismo que utiliza el discurso público respecto a la aplicación y control de uso métodos anticonceptivos es el control de natalidad. A continuación, se muestran las siguientes narrativas:

Primero te hacen firmar de qué método te vas a poner, porque si no lo firmas no te atienden. Sí, me preguntaron cual quería, pero dicen que el más recomendable y mejor es el DIU, porque el implante no sirve, porque uno está amamantando, no le hace bien al bebé (Rosa, 21 años).

Me pusieron el DIU, en la clínica me explicaron que era para no tener bebés y me lo pusieron. Me dijeron que duraría 5 años y me fuera a revisar cada seis meses. Pero a los tres años me lo cambiaron en la clínica particular porque tenía infección por hongos (Martha, 30 años)

Me pusieron el dispositivo, pero se me cayó como a los tres días, yo nunca había visto uno [DIU], estaba muy grande [señaló con sus manos el tamaño del DIU] (Rosario, 20 años).

Por otro lado, en su minoría, tres de las participantes afirmaron haber recibido la información necesaria en la clínica y estuvieron convencidas de utilizar el DIU, como se muestra a continuación en los testimonios:

En la clínica y en el hospital nos dicen de todos los métodos, hay muchos la medicina, el implante y el fierro ese, el dispositivo (Lucia, 36 años).

Lo del dispositivo desde antes, desde la clínica me iban preguntado que con qué me iba cuidar, yo siempre firmé con el DIU, y ellos ya tenían mi expediente, los últimos meses me decían que el mío era de alto riesgo porque el bebé está muy grande y como desde los siete meses me canalizaron para allá, ya sólo me dijeron “entonces te vamos a poner el DIU”, yo les dije que sí, me lo enseñó, me dijo “este te vamos a poner”, después del parto, me hicieron un lavado y luego me lo pusieron, pero ni sentí, todo era dolor, como anestesiado el cuerpo, pero sí te preguntan, a mí me preguntaron (Refugio 26 años).

Pues sólo me dijeron que con qué me iba a cuidar, que, si había decidido con qué, yo ya había decidido, pensado que el Dispositivo, pero no sabía qué se sentía andar usándolo. Porque en la clínica dicen que es mejor ese, que es el indicado para usarlo, porque el implante genera más hormonas, el dispositivo no, hay otros que dicen que es más sencillito y no les dura tanto, a unas se les rompe y a otras se les cae. Yo elegí el dispositivo, pero estuve como un mes con ese, porque sentía mucho dolor de los lados, me lastimaba con los hilos, le dije a mi esposo “yo me lo voy a quitar, me molesta mucho”, y pues me dijo “como tú quieras, si quieres retíralo”, de ahí ya se fue a trabajar (a E.U.A) y yo me lo quité (Rosa, 21 años).

Ya no quiero tener más hijos, ya voy a tener la parejita, ya nomás que nazca él y me voy a operar para ya no tener más. En la clínica dieron una plática sobre todos los métodos anticonceptivos y estoy segura de operarme, yo ya no quiero más (Refugio, 26 años).

Los testimonios reflejan que por parte del personal médico y de enfermería, ha sido condicionada la atención de las mujeres en el momento del parto para que firmen el consentimiento de aplicación de algún método anticonceptivo. También queda evidente que el método anticonceptivo que más se recomienda y el más disponible es el DIU.

A las participantes se les preguntó que si sabían cómo funcionaba el DIU en su cuerpo y la mayoría tuvieron dificultad para responder a esta pregunta por primera vez, generalmente su respuesta era que no lo habían pensado antes; algunas de las participantes se esforzaron por dar una explicación al respecto, y otras simplemente dijeron que no lo sabían. A continuación, se muestran algunas narrativas al respecto:

No sé qué haga, yo me imaginé que es más fácil, porque con los otros pensé que tenía que ir cada mes a revisión (Ana, 34 años).

No sé, no me ha pasado por la mente, yo creo que se tapa la vagina y porque es un tubito como en forma de "c" [señalando con sus dedos] y tapa las dos partes y hace que se regrese el esperma del hombre, eso es lo que yo pienso, pero no sé si es así o no (Martha, 30 años).

No lo sé, sólo sé qué es el DIU, de hecho, nunca me lo han enseñado para ver qué me van a poner, ni lo he tocado ni sé de qué forma es el que me pusieron, ni se de qué tamaño es (Claudia, 39 años).

Pues no sé qué es lo que hace en mi cuerpo, pero por lo que me ocasionó siento que no me conviene, según sí te da infección cuando te pones eso, pero muchos dicen que no se siente nada, yo sí me sentí mal, no sé si porque me dio lo de la úlcera⁴⁰. Una compañera que tengo de acá arriba que tiene el DIU dice que no le bajó como durante un año, muchas dicen que sí les estorba, les da dolor, unas que cuando les baja les tarda mucho, otras no tanto, eso es de cada quién (Rosa, 21 años).

Dos de las mujeres en sus narrativas mostraron prácticas de resistencia expresadas de forma explícita ante la normativa biomédica de firmar la hoja de consentimiento para la colocación de algún método anticonceptivo, negándose a hacerlo, como se muestra en el testimonio:

Yo no quería que me pusieran el DIU y no me querían atender, ya me iba a aliviar, me llevaron con una enfermera, luego con otro doctor, pero yo les dije que no quería eso [¿por qué no querías el DIU?] porque me siento muy mal con eso, en mi primer parto sí me lo pusieron [¿usas otro tipo de método anticonceptivo?] pues ahorita así nomás, mi

⁴⁰ Una úlcera en el cérvix, es una lesión en el cuello uterino.

esposo me cuida, nosotros platicamos de eso y creemos que es mejor así (Micaela, 38 años).

En la decisión de las mujeres sobre el uso de métodos anticonceptivos, la relación que tienen con sus esposos también influye al respecto, algunas veces los que no están de acuerdo en que las mujeres usen algún método anticonceptivo son sus esposos

El uso de plantas medicinales –o yerbas, como se les nombra en la localidad–, se lleva a cabo en menor medida, pero sí se reconoce la efectividad por parte de las mujeres que las usaron o las pocas que lo siguen haciendo:

Yo me estoy cuidando con una yerba, yo no me cuido con los métodos, porque cuando nació mi hija me pusieron el fierro [refiriéndose al DIU], pero me dolía mucho, por eso tuve que pagar para que me lo quitaran, porque luego se enojan en la clínica cuando uno se lo quiere quitar, cuando me lo quitaron me dijeron que se había encarnado [...], con las pastillas me sentía muy mal, me tomé una cajita de esas pastillas, pero me sentía mal, como con coraje, como que quieres correr, vas a querer golpear porque te sientes mal, por eso así con la yerba mejor, con esa no siento nada. [¿Cómo supiste de esa yerba?] a mí me la enseñó una partera, cuando tuve a mi hija, ella me las dio, primero se iba al cerro a cortarlas y me las traía, luego le dije que ya no traía dinero y me dijo dónde podía encontrarlas, ella me dijo ya tú la agarras. Esas cosas dependen de cada cuerpo, a mí no me caen bien las pastillas y tampoco el aparato (Lucia 36 años).

c) **Efectos que las mujeres le atribuyen al uso del DIU.** Respecto al conjunto de efectos secundarios que las mujeres relacionan con el uso del DIU, todas afirmaron que en ningún momento se les informó ni en la clínica ni en el hospital acerca de ello. La mayoría de las participantes confirmó haber utilizado alguna vez en su vida el DIU.

Fue recurrente encontrar en los testimonios de las participantes algunas molestias que ellas le atribuyen al uso de este método anticonceptivo, como el dolor en el vientre, sangrados fuera del ciclo menstrual, alteraciones del ciclo menstrual, dolor durante las relaciones coitales, entre otros que se pueden observar en los siguientes testimonios:

Sí me molesta, me da mucho dolor de estómago muy fuerte, yo creo que es por eso, porque si estoy sentada y me tengo que parar porque el dolor es muy fuerte y me tengo que agarrar. Ya me lo quiero retirar, pero me dijeron que no [en la clínica del IMSS], que un dolor es normal, pero ellos no saben que el dolor es muy intenso, no me da tan seguido, pero otro menos fuerte y más abajito sí me da (Martha, 30 años).

Sentía mucho dolor en el vientre, el dolor era muy fuerte [...] cuando queríamos tener otro bebé fuimos a la clínica para quitármelo [DIU], pero no me lo quisieron quitar y me lo quité en similares (Esther, 32 años).

Como se muestra en las narrativas, frente a las molestias atribuidas al DIU, algunas de las participantes confirman haber asistido a la clínica para que les fuera retirado el dispositivo, lo cual les fue negado por el personal de enfermería de la clínica y el hospital del IMSS, y ante esta situación algunas de ellas acudieron a consultorios y farmacias particulares, las cuales cuentan con servicio médico de bajo costo.

El uso de plantas medicinales o yerbas, se usa en menor medida, pero, como ya se mencionó, las mujeres que recurren a ellas sí reconocen su efectividad. Afirman que las parteras que las asistían durante el parto, les hacían saber sobre las plantas medicinales que funcionan como anticonceptivo, sin embargo, ninguna participante afirmó sentirse presionada por las parteras o parteros para el uso de ese tipo de métodos anticonceptivos.

Caso de Lucia: “Yo digo que cada cuerpo es diferente, yo me sentí mejor con las yerbas.”

Lucia es una mujer de 36 años, originaria de Santiago Centro, ella es de estatura media, tez morena y ojos negros y expresivos, su complexión es delgada, tiene dos hijos y dos hijas.

A mí me atendió un partero dos veces, una partera de mi hijo el que sigue y de mi niña la más chica tuve que ir al hospital, pero a mí no me gustó, yo me sentía mejor con el partero y la partera, ellos me dieron yerba para que no me doliera tanto y me sobaban, yo me sentí mejor. Y en el hospital me dolió más, me tocaban varios doctores, que para

ver si ya iba a nacer mi niña, pero me lastimaban [...] unas dicen que sí les gusta ir al hospital, yo digo que cada cuerpo es diferente, yo me sentí mejor con las yerbas, porque el partero prende la vela y con eso sabía cuándo ya iba a nacer el bebé. Con mi niña ya no puede ir, porque tengo programa [Oportunidades] y nos decían que si teníamos a nuestros bebés en la casa nos quitan el apoyo, por eso me fui al hospital.

Dijo que el dispositivo que a ella le habían puesto era de plástico, pero había también de fierro. Ella siguió diciendo que en el hospital engañan porque dicen que no va a doler, pero sí duele. La narrativa de Lucia, refleja el discurso oculto que mantiene el sector salud respecto a la aplicación de anticonceptivos y la práctica de la OTB, al mismo tiempo se manifiesta el control y violencia que su esposo ejerce sobre ella, todo esto tiñe de complejidad la posibilidad de que Lucia pueda decidir sobre su cuerpo.

Cuando me iba a aliviar de mi última hija, en el hospital me dijeron que me iban a poner el método [refiriéndose al DIU] pero yo no quería, yo les dije que no iba a firmar nada, las enfermeras me pasaron con un doctor para hablar con él, porque si no, no me iban a atender, yo les dije que me llevaran con quien ellas quisieran, pero que no, yo no quería que me pusieran nada, hasta les grité, pero ya luego me siguieron dando los dolores fuertes, y me dijeron “te vamos a pasar para que tengas a tu bebé, pero no te queremos ver en nueve meses aquí otra vez” [...] también me peleé en la clínica porque quieren que me opere para que ya no tenga más bebés, pero yo no quiero, en la clínica hicieron una solicitud para que les hicieran la operación definitiva a algunas mujeres, pero yo no quería que me operaran, les dije que operaran a quien solicitó eso, yo les dije que no me quería operar, “a ver usted va a recibir los golpes que me den a mí, yo no quiero operarme”. Luego dice mi esposo que voy a andar como un perro cuando él se vaya a trabajar para el otro lado.

La aplicación de los métodos anticonceptivos se puede entender como una iniciativa gubernamental que tiene una connotación biopolítica sentada en la premisa foucaultiana “el cuerpo es una realidad biopolítica: la medicina es una estrategia biopolítica (Foucault 1999:255). El ejercicio de la biomedicina

es interpretado como una estrategia que accede al control de los cuerpos, más aún al control del cuerpo de las mujeres en el proceso reproductivo (Valls 2010).

El discurso oculto de la práctica biomédica hace efectivo el control y vigilancia durante la atención de las mujeres nahuas durante el parto y colocación de métodos anticonceptivos inmediatamente después del parto. Así se puede decir que el control generado sobre el cuerpo de las mujeres se intensifica en durante la atención al parto y colocación de métodos anticonceptivos, nos refleja lo que Foucault bien señala “el poder se ejerce en el cuerpo con el cuerpo” (1974:5).

4.3.5 Entre relaciones de subordinación y resistencia

A lo largo del análisis de las trayectorias de atención de las mujeres durante el embarazo y parto, se refleja un entramado complejo de relaciones que se generan entre actoras y actores sociales involucrados en la atención de las mujeres, como se puede observar las relaciones que se generan entre las mujeres, parteras, parteros, familiares y el personal médico y de enfermería son diversas y están enmarcadas en un contexto de pluralidad médica.

La relación de subordinación de las mujeres respecto a normativas del sector salud, como el control restringido de la posibilidad de tener su parto en casa con la asistencia de una partera o partero, es nula. También se puede observar que el programa de Oportunidades es un mecanismo de control que promueve en la población que las mujeres sean atendidas por medio del parto medicalizado y el uso de métodos anticonceptivos inmediato a la atención del parto.

Como se mostró en las trayectorias de las mujeres, existen prácticas que conforman el discurso oculto, en donde ellas realizan diferentes prácticas de resistencia implícitas y otras que conforman la llamada infrapolítica. Así, se puede decir que las prácticas de resistencia explícita frente a los mandatos biomédicos en la atención durante el embarazo y parto se muestran en los casos donde las mujeres hacen

explicito su desacuerdo en la colocación del DIU después del parto o bien acceder a la práctica de la OTB.

Otras de las prácticas de resistencia que las mujeres nahuas realizan frente al contexto de hegemonía biomédica, son elementos que conforman una noción de infrapolítica por ejemplo, se mostró de manera recurrente en el análisis de las trayectorias de atención, que las mujeres nahuas siguen recurriendo al modelo tradicional de atención durante el embarazo, aun con la constante recomendación del personal biomédico de no hacerlo. Otra de las prácticas identificadas es el ingreso de las mujeres al hospital regional cuando el trabajo de parto está muy avanzado, ya que esto puede librarlas de algunas de las prácticas de violencia obstétrica de las que pueden ser víctimas.

A modo de conclusión

Se puede observar en el grupo de mujeres participantes que, en el recorrido de las trayectorias de atención durante el embarazo y parto, se manifiesta una constante negociación en donde las relaciones de subordinación y resistencia que se generan en el contexto de hegemonía biomédica y desigualdad de género están presentes. Se puede ver claramente que las trayectorias que transitan las mujeres en su mayoría, no son lineales, ya que recurren a los servicios de los diferentes modelos de atención.

Las trayectorias de atención que recorren las participantes durante el embarazo y parto están conformadas por cuatro momentos. El primero de ellos, e inicio de la trayectoria, es cuando ellas se enteran de que están embarazadas; el segundo momento es el desarrollo y cuidados que tienen durante el embarazo; el tercer momento es la atención prestada a las mujeres durante el parto, y el último momento es el uso de métodos anticonceptivos como cierre del evento reproductivo.

Las prácticas de autoatención a las que recurren las mujeres durante el embarazo están vinculadas a la asistencia de la parteras y parteros tradicionales. En cambio, las trayectorias de las mujeres muestran que durante la atención al parto existe una gran cobertura biomédica durante este evento reproductivo.

La participación de las mujeres en el programa de Oportunidades es un factor que influye en la gran cobertura que tiene el modelo biomédico en la atención a las mujeres durante el embarazo, y más aún durante el parto, ya que las mujeres confirman que son expuestas al condicionamiento que existe por parte del programa de retirar el apoyo económico en caso de que sean asistidas en casa por algún terapeuta tradicional durante el parto, así se observa que el discurso oculto de la institución del IMSS es el control y prohibición, ya que ningún documento o práctica desde el discurso público dan cuenta de ello.

Muchas de las prácticas biomédicas mostradas en las trayectorias de atención en las mujeres durante el parto, manifiestan recurrentemente ejercicios de violencia obstétrica, la cual no siempre es identificada por las mujeres como tal. Sin embargo, muchas de ellas muestran inconformidad frente a esta situación.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos como cierre de la atención a la salud materna, se observó que antes del primer embarazo la mayoría de las participantes confirmó no haber usado ningún método anticonceptivo, dato confirmado por Berrio (2013).

Otra constante fue el condicionamiento que existe por parte del personal médico y de enfermería por firmar la hoja de consentimiento del uso de algún método anticonceptivo. En su minoría, las mujeres nahuas mostraron conformidad y absoluto convencimiento de estar eligiendo ellas el método anticonceptivo. Sin embargo, en la mayoría de las narrativas mostradas es frecuente la relación que tiene la elección del método anticonceptivo, con los métodos disponibles y más promovidos por el IMSS, aspectos que condicionan también la elección de las mujeres.

Por último, nos podemos dar cuenta que existen diferentes factores como la participación e incidencia del IMSS-Oportunidades, las relaciones desiguales de género que promueven control y violencia hacia a las mujeres, la hegemonía del modelo biomédico y otras, que van articulando condiciones en las cuales las mujeres durante la atención al embarazo y parto van transitando entre la subordinación y resistencia.

Conclusiones generales

El objetivo general de esta tesis fue analizar las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto, con la finalidad de identificar las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia que se generan entre actores y actoras involucradas en la atención a la salud materna en un contexto de pluralismo médico. Las conclusiones se presentarán con base en los objetivos específicos que se plantearon en esta tesis.

El primero de ellos fue realizar la descripción del contexto local, de tal forma se identificó que las mujeres nahuas están inmersas en un entorno social en el cual la religión – principalmente la católica, la pluralidad médica –donde el modelo biomédico es hegemónico–, la ritualidad nahua, la participación de las instituciones gubernamentales asistencialistas, la familia y la organización comunitaria refuerzan estereotipos de género que promueven desigualdad y la distribución sexual del trabajo, reforzando la idea de la maternidad como obligación social atribuida a las mujeres.

Las construcciones sociales que giran en torno a la maternidad en Santiago Centro, están conformadas por estereotipos de género que reafirman la distribución sexual del trabajo. Así, en el momento de ser madres, muchos de los deseos y decisiones de las mujeres nahuas giran en torno al cuidado del hijo o hija recién nacidos para alinarse a esa construcción social de una identidad genérica de las mujeres estrechamente ligada al ser madres.

Otro elemento de las construcciones sociales vinculadas a maternidad se relacionan con el prestigio social que se le atribuye a las mujeres madres a nivel comunitario, siendo este un aspecto heterogéneo cultural que conforma el ejercicio de la maternidad el cual se concreta en su máxima expresión cuando las mujeres son suegras, pues ese reconocimiento social las distingue de las otras

mujeres y se les atribuye un papel importante en el cuidado de las nueras durante el embarazo y después del parto.

El segundo de los objetivos fue realizar el análisis de las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia que existen entre las parteras, parteros tradicionales y el personal de salud en la atención de las mujeres durante el embarazo y parto se tomó como referencia lo establecido por el IMSS-Prospera-Oportunidades. Si bien se reconoce a las parteras como agentes de prestigio comunitario que fungen como enlace de la población y el sistema de salud institucional, se puede ver que el “reconocimiento” es utilitario para lograr una cobertura total de la atención hospitalaria de las mujeres durante el parto. De esta forma, la práctica de las parteras registradas gira en función de los servicios de salud institucional que determinan sus prácticas y responsabilidades.

Existe una relación de hegemonía y subordinación que visibiliza a las parteras tradicionales como agentes comunitarios que contribuirán a ampliar la cobertura en los servicios de salud y no como terapeutas dotadas de conocimiento capaces de aportar y favorecer con sus servicios la salud de las mujeres durante el periodo reproductivo.

El proceso de registro y capacitación de las parteras y parteros tradicionales como dispositivo de disciplinamiento, ejercido por medio del control y criminalización de la práctica de la partería, ha logrado que las terapeutas tradicionales adopten el discurso médico respecto a la atención biomédica de las mujeres durante el parto como la única y mejor opción para las mujeres de Santiago Centro. Cabe señalar que aun cuando se observa esta adopción del discurso biomédico, las parteras y parteros tradicionales también señalan estar en desacuerdo con el ejercicio de prácticas biomédicas realizadas a las mujeres durante el trabajo de parto –como lo son la episiotomía y la limpieza de útero–, afirmando que son prácticas dolorosas que ellos consideran innecesarias y que en el ejercicio de la partería tradicional no realizaban. Esto refleja que la adopción del discurso biomédico no es completa.

Si bien, en las distintas relaciones de poder entre los sujetos sociales, éstas pueden ser accediendo o resistiendo (Foucault 1994), podemos decir entonces que las relaciones de poder son complejas. Si ya se abordaron las prácticas de hegemonía y subordinación que existen en la relación de parteras y parteros tradicionales con el personal médico y de enfermería, también se observó que se generan diferentes formas de resistencia en las parteras y el partero registrados por el IMSS; en su mayoría, dichas prácticas no sugieren una confrontación, generalmente son prácticas simbólicas que escapan a los lineamientos establecidos por la institución de salud, en este caso por el IMSS-Prospera/Oportunidades

En el estado de la cuestión se puntualiza sobre un contexto histórico universal que marca la tendencia hacia el control y el despojo de los conocimientos sobre el cuerpo y la atención de la salud materna en manos de las mujeres (Federici 2004). Sin embargo, cuando en esta tesis se señala la intervención del IMSS-Prospera/Oportunidades se realiza con el objetivo de mostrar el marco referencial, que si bien se ha implementado a nivel nacional, los datos etnográficos mostrados dan cuenta de las particularidades contextuales respecto a la práctica de la partería tradicional y situación de las mujeres nahuas durante el embarazo y parto.

El control que se ejerce para que no suceda la atención a las mujeres durante el parto en casa, asistido por parteras y parteros tradicionales, ha sido una práctica que en ninguno de los documentos oficiales aparece de forma explícita; sin embargo, el IMSS-Prospera como institución promueve la asistencia hospitalaria de las mujeres durante el parto.

Las prácticas de resistencia que las parteras y el partero realizan, en su mayoría no son prácticas que sugieran una confrontación, generalmente son prácticas simbólicas que escapan a los lineamientos establecidos por la institución de salud, en este caso por el IMSS Prospera. Sin embargo, cuando una partera tradicional que no es reconocida por la institución de salud asistió a una mujer durante el parto —ya que, por la negativa obtenida por las enfermeras y las condiciones de vulnerabilidad dadas, no había más opción que hacerlo—, aceptando el riesgo de ser criminalizada por hacerlo, fue señalada y amenazada

de ser encarcelada por parte de algunos integrantes del personal de salud, ella se mantuvo firme y defendiéndose pese al panorama en su contra.

Por otro lado, considero una práctica de resistencia son “las sobadas para acomodar a las y los bebés” que aún realizan las parteras, las barridas y todo el seguimiento que brindan a las mujeres durante el embarazo y puerperio.

La descripción de la relación de poder que existe entre el personal médico y de enfermería, frente a la práctica de la partería tradicional, brinda un análisis de los actores y prácticas de subordinación y resistencia que se generan en el contexto local, en el cual las mujeres nahuas están inmersas durante las prácticas de atención durante el embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos como cierre del evento reproductivo.

En el último objetivo se planteó el análisis y descripción de las trayectorias de atención que transitan las mujeres nahuas durante el embarazo y parto, se manifiesta una constante negociación en donde las relaciones de subordinación y resistencia que se generan en el contexto de hegemonía biomédica y desigualdad de género están presentes. Se puede ver que las trayectorias que transitan las mujeres no son lineales, ya que recurren a los servicios de los diferentes modelos de atención.

Las trayectorias de atención que las participantes recorren durante el embarazo y parto están conformadas por cuatro momentos, el primero e inicio de la trayectoria es cuando ellas se enteran que están embarazadas, el segundo momento es el desarrollo y cuidados que tienen las mujeres durante el embarazo, el tercero es la atención prestada a las mujeres durante el parto y el último momento es el uso de métodos anticonceptivos como cierre del evento reproductivo.

Las trayectorias de atención que transitan las mujeres durante el embarazo, comienzan con la presencia de algunos síntomas como mareos, vómitos y la ausencia de la menstruación. También fue

recurrente encontrar en las narrativas de las participantes el sentimiento de miedo al tener que comentar a su familia que estaban embarazadas sin haberse casado o mantener algún tipo de unión con su pareja.

El segundo momento de las trayectorias de atención es el desarrollo y cuidados de las mujeres, en este momento se observó que las prácticas de auto-atención y asistencia de parteras y parteros tradicionales son las más recurrentes; en cambio, durante la atención al parto, las trayectorias de las mujeres nos muestran una gran cobertura biomédica, así como la inducción del personal médico y de enfermería por del uso de algún método anticonceptivo (en su mayoría el DIU).

La participación de las mujeres en el Programa de Oportunidades es un factor que influye en la gran cobertura que tiene el modelo médico hegemónico en la atención a las mujeres durante el embarazo, y más aún durante el parto y el uso de métodos anticonceptivos como cierre de la atención del ciclo reproductivo, ya que las participantes confirman que son expuestas al condicionamiento que existe del programa IMSS-Prospera/Oportunidades de retirar el apoyo económico en caso de que sean asistidas en casa por algún terapeuta tradicional durante el parto, también en caso de negarse a la colocación de algún método anticonceptivo.

En el tercer momento de las trayectorias de atención, se observó que muchas de las prácticas biomédicas mostradas por las narrativas de las participantes, manifiestan recurrentemente ejercicios de violencia obstétrica, la cual no siempre es identificada por las mujeres como tal. Sin embargo, muchas de las mujeres muestran inconformidad frente a ello.

El último momento que conforma la trayectoria de atención de las participantes es el uso de métodos anticonceptivos como cierre de la atención al evento reproductivo, en el cual se observó que antes del primer embarazo la mayoría de las participantes confirmó no haber usado ningún método anticonceptivo. Otra constante, fue el condicionamiento que existe por parte del personal médico y de enfermería por firmar la hoja de consentimiento del uso de algún anticonceptivo, en su minoría, mostraron conformidad y absoluto convencimiento de estar eligiendo ellas el método anticonceptivo.

Por último, nos podemos dar cuenta de que existen diferentes factores como la participación e incidencia del IMSS-Prospera/Oportunidades, las relaciones desiguales de género que promueven control y violencia hacia a las mujeres, la hegemonía del modelo biomédico y otras, que van articulando condiciones en donde las mujeres en la atención durante el embarazo y parto van transitando entre la subordinación y resistencia.

Se considera que las acciones que impulsa el programa IMSS-Prospera/Oportunidades, para el registro y capacitación de parteras y parteros tradicionales, además de las acciones de control realizadas con las mujeres adscritas al programa, son una estrategia biopolítica, ya que las acciones analizadas en esta tesis dan cuenta de las relaciones estratégicas entre las actoras y los actores sociales involucrados en la atención a la salud materna y la generación de la institución de distintos lineamientos reguladores sobre la atención de las mujeres durante el embarazo y parto. Cabe señalar que el análisis del discurso oculto que se observó en los actores involucrados en la atención a la salud materna dan cuenta del desfase que existe entre el discurso público (lo planteado en documentos nacionales e internacionales) y las acciones realizadas de forma cotidiana mediante que conforman el discurso oculto del personal médico y de enfermería sostenidos por el modelo médico hegemónico que ejerce control y regulación respecto a las de las decisiones de las mujeres durante la atención al embarazo y parto, y por supuesto del ejercicio de la partería tradicional.

Aportes de la investigación

Considero que un aporte de esta tesis es el análisis crítico centrado en las experiencias y opiniones de las mujeres que viven procesos de embarazo, parto y puerperio, frente a las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia que se gestan entre actores y actoras sociales involucrados en la atención de la salud materna.

Si bien, en diferentes estados de la república mexicana se han impulsado programas gubernamentales de “vinculación” IMSS de las instituciones de salud pública con parteras y parteros

tradicionales, en cada estado se han manifestado diferentes procesos y condiciones que determinan las experiencias de las mujeres en la atención durante el embarazo y parto. Esta tesis da cuenta de la experiencia de Santiago Centro a través de las narrativas de las mujeres que participaron en la investigación dando cuenta de la pluralidad de trayectorias que se conforman en la localidad.

Desde el concepto de biopolítica se da cuenta del discurso oculto del personal médico y de enfermería que manifiesta la función utilitaria al servicio de los intereses institucionales que se le atribuyen a las parteras y parteros tradicionales, por medio del análisis sobre el ejercicio de la partería tradicional en Santiago Centro, realizado con el objetivo de enmarcar las trayectorias de atención que transitan las mujeres nahuas durante el embarazo y parto.

El análisis que se ha generado en esta tesis brinda datos empíricos y elementos teóricos que dan cuenta de las trayectorias de atención de las mujeres nahuas que muestran la pluralidad en sus itinerarios, prácticas de violencia obstétrica y relaciones de poder que giran en torno a ellas.

Otro aporte de esta tesis es la documentación de elementos importantes que dan cuenta de los cambios históricos que se han presentado en relación a las prácticas de atención a las que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto.

Esta tesis se suma a las diferentes acciones (diagnósticos sobre la situación de mujeres indígenas durante el embarazo, parto y puerperio, iniciativa de ley para la protección de la partería) que han surgido los últimos tres años en San Luis Potosí con el objetivo de visibilizar la situación de la partería tradicional en la Huasteca Potosina y la situación de las mujeres indígenas respecto a la atención de la salud materna.

En términos teóricos los aportes realizados en esta tesis, están conformados por las discusiones planteadas desde de la AMC haciendo uso de los conceptos y categorías de los modelos médicos,

pluralismo médico y trayectorias de atención. De igual forma se destaca el análisis de las relaciones de poder centradas en el concepto de biopolítica, disciplinamiento y normalización. Otro de los conceptos claves en el análisis de las relaciones de poder son los discursos ocultos y públicos (Scott 2000) que se expresan en las relaciones generadas por los diferentes actores. Así como el concepto de infrapolítica y los diferentes tipos de resistencia que se manifiestan en las relaciones de poder.

En este momento me permito vislumbrar dos posibles líneas de investigación futura, una de ellas enfocada en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos durante el embarazo, parto y puerperio, teniendo como categorías violencia obstétrica y la agencia del cuerpo, dicha investigación realizada con mujeres nahuas y tener de la Huasteca Potosina.

La otra línea identificada, está dirigida a las mujeres adolescentes indígenas nahuas y tenek focalizada en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, priorizando en las categorías de la agencia del cuerpo, sexualidad y etnicidad, pues considero importante indagar en la situación de la mujeres adolescentes y jóvenes con el objetivo de reconocer los recursos con los que cuentan para el ejercicio sus derechos sexuales y reproductivos.

BIBLIOGRAFIA

Aguado Vázquez, J. C. (2004). Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad. *México: UNAM, IIA, Facultad de Medicina*, 366.

Alfredo, L. A. (1996). Cuerpo humano e ideología. *Las concepciones de los antiguos nahuas I. Antropología* 51: 83-103, México.

Berrio Palomo, L. (2013). *Entre la normatividad comunitaria y las Instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indignas de la Costa Chica de Guerrero*. Doctorado. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/TESIS/1_D153.pdf

Bertaux, D. (1980). L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers internationaux de sociologie*, 197-225

Blázquez Rodríguez, Ma. (2005). Aproximación a la Antropología de la Reproducción. *Revista Iberoamericana*. Julio- agosto (No. 042).

Braidotti, R., & Butler, J. (1994). Feminism by any other name. *differences*, 6(2-3), 27-61

Butler, J. (1990). *El género en disputa*. Madrid: Paidós Studio

Cardona, L. G. (2013). Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá. *Maguaré*, 27(2), 21-65. Recuperado en: [file:///C:/Users/Monica/Downloads/Dialnet-PorUnaAntropologiaMedicaCriticaHoyReflexionesAPart-4996320%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Monica/Downloads/Dialnet-PorUnaAntropologiaMedicaCriticaHoyReflexionesAPart-4996320%20(2).pdf)

Castro, I., Esteban, M. L., de Garaialde, A. F., Menéndez, M. L., Otxoa, I., & Saiz, M. C. (2008). No habrá igualdad sin servicios públicos y reparto del cuidado. *Algunas ideas para una política feminista. Ponencia presentada en las IV Jornadas Feministas de Euskal Herria (Portugalete, 12-13 de Abril)*.

Chodorow, N. (1978). *El ejercicio de la maternidad*. Madrid: Gedisa.

Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Delegación San Luis Potosí. (2016). Diagnóstico inicial de la situación de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio de la microrregión Huasteca.

Comité Promotor por una Maternidad Segura (2014). *El estado de las parteras en el Mundo. Oportunidades y retos para México*. México, D.F

Cosminsky, Sh. (1976). Cross-cultural perspectives on midwifery. In E. X Grollig, S.J Harold, & B Haley (Eds.), *Medical Anthropology* p-229-249. The Hague: Mouton.

Cosminsky, Sh. (abril, 1977). El papel de la comadrona en Mesoamérica. *América Indígena*. cuaderno 179 de la Casa Chata, México.

Díaz, Z. y Aguilar, T. (2015). La Antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol.41(No.4).

Du Gas, B., Mangay-Maglacas, A., Pizurki, H., Simons, J., & World Health Organization. (1979). *Parteras tradicionales: guía práctica para el adiestramiento, la evaluación y la articulación de este personal en los servicios de salud*.

El parto es nuestro (7 de Julio de 2011). *Maniobra de Kristeller [página web]*. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/09/07/maniobra-de-kristeller/>

Esteban, M. L. (1994/96). Relaciones entre feminismo y sistema médico científico *Serie Antropología Cultural*, (No. VII). Serie Antropología Cultural, Bilbao

Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2, 9-20.,

Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid, España: Traficantes de Sueños.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2014). *El estado de las parteras en el mundo*. Disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf

Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad I. La Voluntad de Saber*. México: Siglo Veintiuno. Libro de bolsillo.

Foucault, M. (2005). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. México: Siglo Veintiuno.

García G. (2009) *Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la ciudad de Buenos Aires*. *Revista Horizontes Antropológicos*.

González Montes, S. (1994). *Mujeres, trabajo y pobreza en el campo mexicano: una revisión crítica de la bibliografía reciente*. *J. Alatorre et. al.*

Grupo de Información en reproducción elegida. (2013) *Informe: Omisión e Indiferencia*. México D.F.

Instituto de las Mujeres de San Luis Potosí. (2011) *Modelo de Atención Estratégico con Perspectiva de Género dirigido a parteras tradicionales y profesionales del sector salud de la región huasteca*. Recuperado en: http://201.144.107.246/InfPubEstatad2/_INSTITUTO%20DE%20LAS%20MUJERES/Art%C3%ADculo%2019.%20fracc.%20XXVI/An%C3%A1lisis%20y%20Estudios%20contratados%20a%20Consultores/2011/Programa%20Transversalidad/Modelo%20de%20Atenci%C3%B3n%20Estrat%C3%A9gico%20dirigido%20a%20parteras%20tradicionales.pdf

Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí (IMES) (2017). *Diagnóstico inicial de la situación de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio de la Microrregión Huasteca Centro, San Luis Potosí*. [Internet]. Disponible en: <http://imes.gob.mx/wp-content/uploads/2017/02/Diagno%C3%ACstico-Inicial-de-la-Situacio%C3%ACn-de-las-mujeres-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-R-Huasteca-CentroElectro%C3%ACnico.pdf>.

Instituto Mexicano del Seguro Social (1998) *Manual de Salud Reproductiva para la Partera Rural en México*.

Instituto Mexicano Salud Social (2012) *Libro blanco 2007-2012*

Instituto Mexicano Salud Social (2018) Libro Blanco 2013-2018

Instituto Mexicano Salud Social (2018) Reglas de operación IMSS 2016 y 218

Jordan, B. (1978). *Birth in four cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montreal: Eden Press Women's Publications.

Junge P. (2001). *Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica*. Colegio De Antropólogos de Chile

Kleinman, Arthur. (1980) Patients and Healers in the context of culture. Explorations of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. University of California Press. U.S.A.

Lagarde, M. (1997), Presentación. En Sayavedra Herrerías y Flores Eugenia, Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud. (pp. 15-31) Red de Mujeres, A. C. México.

Lagarde, M., & Vigil, M. L. (2001). *Claves feministas para la negociación en el amor*. Puntos de encuentro. Recuperado en:

<http://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Boletin%20ECOS/Boletin%2010/PONENCIA-CUIDADOS.pdf>

Lagarde, Marcela (2003) Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. 10 de marzo de 2017. Recuperado de: http://pmayobre.webs.uvigo.es/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf

Lagarde, M. (2005, c 1990) Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. Colección Posgrado. UNAM, 4ª. Edic. México.

López, M. D. L. P., Salles, V., & Tuirán, R. (2001). Familias y hogares: pervivencias y transformaciones en un horizonte de largo plazo. Gómez de León, J. y Rabell, C.(coordinadoras.) *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI, México: Conapo, Fondo de Cultura Económica*.

Mayorga Muñoz, V. A. (2015) Retorno a Tlajco atl.: estudio de una peregrinación nahua en la Huasteca Potosina (Tesis de maestría) El Colegio de San Luis, San Luis Potosí

Menéndez, E (1992). *La antropología Médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Menéndez, E. (1994). ¿La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?. *Alteridades*, Vol.4(No.7): pp. 71-83.

Menéndez, E. L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud* (Vol. 86). Secretaria de Educación Pública.

Menéndez, E. L (1990) Antropología médica, Orientaciones, desigualdades y transacciones.

Menéndez, E. L (2003). Modelos de atención a los padecimientos: de exclusiones teóricas y Modelos de atención de los padecimientos, de exclusiones teóricas y articulaciones práctica <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>

Menéndez, E. (2016). Interculturalidad y salud. Dudas limitaciones y repliegues. En Gil García y P. MARÍN (Coords.), *Medicinas y cuerpos en América Latina. Debates Antropológicos desde la salud y la interculturalidad*. Quito, Editorial Abya-Yala.

Moncó, B. (2009). Maternidad Ritualizada: Un análisis desde la Antropología del género. *Revista de Antropología Iberoamericana*, Vol. 4(No.3).

Montes ed., (2019). “Entre parteras y médicos: diálogos sobre atención a la salud de las embarazadas”. In: *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación*.

Montes ed., (2019). Entre parteras y médicos: diálogos sobre atención a la salud de las embarazadas. In: *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación*.

- Montes, G. (2003). *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación* (No. F/613.9 D6/13).
- Montes, Muñoz, M. (2009). Representaciones del cuerpo en el embarazo. Experiencias de mujeres. *Revista Matronas Prof.*
- Platero Méndez, R. L. (2014). La agencia de los jóvenes trans* para enfrentarse a la transfobia.
- Restrepo, A. E., Arango, D. C., Cardona, Á. M. S., Molina, J. O., Gómez, J. J. O., & Maya, L. M. C. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas psychologica, 12*(1), 81-94.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva antropología, 8*(30), 95-145.
- Salletti, C. *Propuestas Teóricas Feministas en relación al concepto de maternidad*. Universidad de Granada.
- Sánchez Bringas, A. (1996). Cultura patriarcal o cultura de mujeres: una reflexión sobre las interpretaciones actuales. *Política y Cultura, (6)*. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/html/267/26700611/>
- Sánchez Ramírez, G. Velasco Moreno, M. Pérez, N. (2014). *Parteras en Chiapas. Un mar de conocimientos*. Segunda edición. San Cristóbal de las casas, Chiapas, México: Colegio de la Frontera Sur.
- Sánchez, Trinidad (1997) Introducción, Sayavedra Herrerías y Flores Eugenia, Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud. Red de Mujeres, A.C. México.
- Sánchez. R, G. (2016). *Espacios para parir diferente. Un acercamiento a Casas de Parto en México*. San Cristóbal de las Casas: Colegio de la Frontera Sur.

Sayavedra Herrerías, (1997) El enfermar de las mujeres. En Ser mujer: ¿un Riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud. (pp. 139-179) Coord. Red de Mujeres, a.c.1997

Scott, J. C. (2003). *Los dominados y el arte de la resistencia*. Ediciones Era.

Secretaría de Salud (s,n) Metodología de “Encuentros de enriquecimiento mutuos”.Recuperado en:
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29576/MetodologiaEEM.pdf>

Secretaria de Salud. 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. México; 2016). Uso del Internet [Internet]. México 2018. [Consultado el 4 de febrero de 2017]. Disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016.1.

Sesia, Paola, Freyermuth, Graciela, Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. Desacatos.

Stern, C. (2001). *Sexualidad y salud reproductiva: Avances y retos para la investigación*. Colegio De Mexico AC.

Szasz, I. (1998). Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México. *Debate feminista*, 18, 77-104.

Valls-Llobet C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Ediciones Cátedra de la Universidad de Valencia, Instituto de la Mujer.

Vergara, K. (s,f) Parir <http://estabocanecia.blogspot.com/>

World Health Organization, United Nations Population Fund & UNICEF. (1993). Parteras tradicionales: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/iris/handle/10665/38859>

ANEXOS

ANEXO 1. Tabla de congruencias entre el capitulado, las preguntas de investigación y los objetivos planteados

Capitulado	Preguntas de investigación	Objetivos
Generales	<p>¿De qué manera se conforman las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto?</p> <p>¿De qué forma en las trayectorias de atención que transitan las mujeres durante el embarazo y parto se manifiestan las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia en un contexto de hegemonía biomédica?</p>	<p>Analizar las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres nahuas durante el embarazo y parto, con la finalidad de identificar las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia que se generan entre actores y actoras involucradas en la atención a la salud materna en un contexto de pluralismo médico.</p>
Capítulo 1.	-----	-----
Capítulo 2.	<p>¿Cuál es el contexto local en donde se desarrollan las trayectorias de atención que transitan las mujeres durante el embarazo y parto?</p>	<p>Describir el contexto local para identificar aquellos aspectos centrales que conforman el sistema sociocultural sobre el cual se entretienen las creencias sobre maternidad, los estereotipos de género y por supuesto, como en dicho contexto se configuran las opciones diversas de trayectorias de atención de las mujeres nahuas durante el embarazo, parto y el uso de métodos anticonceptivos como cierre del evento reproductivo.</p>
Capítulo 3.	<p>¿En este sistema hegemónico en donde la partería es considerada subalterna o inferior, que tipo de relaciones se desarrollan en la vinculación que existe entre terapeutas tradicionales y personal de salud institucional?</p> <p>¿Qué tipo de prácticas hegemónicas promovidas por el IMSS-Prospera/Oportunidades se ejercen sobre las parteras y parteros tradicionales en el ejercicio de las prácticas locales de</p>	<p>Analizar las relaciones de hegemonía, subordinación y resistencia que existen entre parteras, parteros tradicionales y el personal de salud en la atención de las mujeres durante el embarazo y parto, tomando como marco de referencia lo establecido por el IMSS-Prospera respecto a la atención de la salud materna en la localidad de Santiago Centro, municipio de Tamazunchale.</p>

	<p>atención a las mujeres durante el embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos?</p> <p>¿Qué tipo de prácticas de resistencia realizan las parteras y parteros tradicionales ante las intervenciones realizadas por el IMSS-Prospera?</p>	
<p>Capítulo 4.</p>	<p>¿Cuáles son los aspectos que conforman el comportamiento reproductivo de las mujeres en la localidad de estudio?</p> <p>¿Cuáles son las trayectorias de atención que transitan las mujeres durante el embarazo y parto?</p> <p>¿De qué manera las trayectorias de atención manifiestan las prácticas de subordinación y resistencia que se generan en un contexto de pluralidad médica?</p>	<p>Describir las trayectorias de atención a las que recurren las mujeres durante el embarazo y parto, tomando en cuenta el comportamiento reproductivo de las mujeres de la región.</p> <p>Además de analizar cómo las trayectorias de atención reflejan las prácticas de subordinación y resistencia generadas en el contexto de pluralismo médico.</p>

ANEXO 2. Formato de encuesta

Encuesta

Santiago Centro, municipio de Tamazunchale

Edad: _____ Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____

Número de hijos: _____

Numero de hijas: _____

Total: _____

1. ¿Qué edad tenías en cada uno de tus embarazos?
2. ¿Durante tus embarazos acudiste con partera o partero? ¿Qué tipo de atención recibiste?
3. ¿Durante tus embarazos acudiste a la clínica u hospital? ¿Qué tipo de atención recibiste?
4. ¿Durante alguno de tus partos acudiste con partera o partero? ¿Qué tipo de atención recibiste?
5. ¿Durante alguno de tus partos acudiste a la clínica u hospital? ¿Qué tipo de atención recibiste?

ANEXO 3. Formato de guía de entrevistas con parteras tradicionales

GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PARTERAS TRADICIONALES

Información personal

Nombre: (opcional) _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Ejercicio de la partería tradicional antes de la certificación.

1. ¿Cómo aprendió a atender el embarazo y parto?
2. ¿Desde cuándo es partera?
3. ¿Qué cuidados se recomiendan durante el embarazo?
4. ¿Cómo atendía a las mujeres cuando iban a tener a sus bebés?
5. ¿Qué complicaciones se presentaban en las mujeres durante el embarazo y parto?

Cursos de certificación de parteras tradicionales

6. ¿Cómo se enteró de los cursos para la certificación de parteras?
7. ¿Cuáles eran los requisitos para participar en los cursos de certificación?
8. ¿Por qué decidió participar en los cursos?
9. ¿Quiénes impartieron los cursos de certificación?

10. ¿Qué opina del personal que impartió los cursos de la certificación?
11. ¿Qué aprendió de los cursos para la certificación?
12. ¿Fueron útiles los cursos de certificación? ¿Para qué le sirvieron?
13. ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con la certificación de parteras? ¿Por qué?
14. ¿Qué cosas le gustan de la certificación de parteras?
15. ¿Qué cosas no le gustan de la certificación?

Programa de certificación

16. ¿Qué requisitos se les pide para permanecer certificadas?
17. ¿Qué practicas promueve la certificación durante la atención del embarazo y parto?
18. ¿Qué prácticas se prohíben?
19. ¿Con que aspectos de la certificación está de acuerdo?
20. ¿Con que aspectos está en desacuerdo?

Ejercicio de la partería tradicional en la actualidad

21. ¿Qué cosas hace diferentes en la atención al embarazo y parto después de los cursos de certificación? ¿Cuántas mujeres a atendido durante el embarazo los últimos 5 años?
22. ¿Cuántos partos ha atendido los últimos 5 años?
23. ¿A qué problemas se enfrentan actualmente durante la atención al embarazo y parto?
24. ¿Conoce a alguna partera que no haya querido participar en la certificación?
25. ¿Sabe usted por que no quiso participar?
26. ¿Conoce a alguna partera que haya renunciado a la certificación? ¿Sabe porque lo hizo?

ANEXO 4. Formato de guía para las entrevistas con personal médico, de enfermería y encargados del programa de interrelación con parteras y parteros tradicionales

Información personal

Nombre: (opcional) _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

1. ¿Usted ha estado involucrado o involucrada en las actividades de certificación de parteras tradicionales?
2. ¿En cuáles? ¿Qué función ha desempeñado?
3. ¿Cuál es el objetivo de la certificación de parteras tradicionales?
4. ¿Es importante la certificación de parteras tradicionales? ¿Porque?
5. ¿En qué año se empezó a implementar la certificación de parteras tradicionales en el estado de San Luis Potosí? y específicamente en la Huasteca Potosina ¿Por qué?
6. ¿Qué acciones se han implementado?
7. ¿Quiénes han impartido las actividades?
8. ¿En qué consisten los cursos de certificación?
9. ¿Qué temas se revisaron en los cursos?
10. ¿Cómo se eligen los temas?
11. ¿Cómo se elige al personal que imparte los cursos?

12. ¿Cuántas parteras han asistido a los cursos de certificación?
13. ¿Se ha certificado a parteros tradicionales? ¿Cuántos?
14. ¿Cómo se determina cuando un/una participante es apta o no para ser certificada?
15. ¿Qué prácticas se promueven o se recomiendan respecto a la atención que brindan las parteras tradicionales durante el embarazo y parto en la zona?
16. ¿Qué prácticas no se recomiendan?
17. ¿Se da algún tipo de seguimiento a las parteras certificadas? ¿En qué consiste?
18. ¿Qué resultados se han obtenido de la certificación de parteras tradicionales?
19. ¿Se ha realizado alguna evaluación del proceso de certificación que incluya la opinión del personal médico y de las parteras tradicionales?

ANEXO 5. Guía para la entrevista de mujeres nahuas sobre la trayectoria de atención en la salud materna

Nombre (opcional)

Número de embarazos y edad que tenía en cada uno de los procesos de gestación:

Embarazo

¿Cómo te enteraste de que estabas embarazada?

¿Qué síntomas tuviste durante el embarazo? ¿Cómo te sentías?

¿Qué cuidados tenías durante el embarazo?

¿Hay alimentos que no se recomiendan comer cuando se está embarazada?

¿Fuiste en alguno momento con la partera cuando estabas embarazada?

¿Porque? Y ¿Cómo te sentiste?

¿Durante el embarazo fuiste a la clínica o con algún doctor?

¿Por qué? y ¿Cómo te sentiste?

¿Tuviste algún problema de salud durante el embarazo? ¿Cuál?

¿A dónde acudiste? ¿Cómo te sentiste?

Parto

¿Cómo te enteraste de que ya iba a nacer tu bebé?

¿Cómo te sentías?

¿Quién te acompañó?

¿Durante el parto cómo sentiste que te trataron las enfermeras, médicos, medicas, o parteras tradicionales?

¿Qué te gustó durante la atención recibida en el parto?

¿Qué no te gustó de la atención recibida durante el parto?

Métodos anticonceptivos

¿Usas algún tipo de método anticonceptivo?

¿Cómo te has sentido?

¿Qué métodos anticonceptivos conoces? ¿En dónde conociste esa información?

¿Sabes cómo funciona el DIU dentro de nuestro cuerpo?