



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

POSGRADO EN DESARROLLO RURAL

**M'etik U (Nuestra Madre-Luna):
Símbolos entorno a la Partería Tseltal**

PRESENTA:

Ana Prado Murrieta

DIRECTOR: DR. JOSÉ ANTONIO PAOLI BOLIO

México, D.F., Marzo, 2012

**“Las únicas resistencias están
en las fuerzas de cooperación, comunicación,
comprensión, amistad, comunidad,
y amor...
Sonreír, jugar, acariciar,
abrazar, parir,”
¡también es resistir!**

Edgar Morin.

Agradecimientos

“Se detuvieron con la Luna,
vieron que la vida giraba alrededor de ella,
se dieron cuenta que en un mes cambiaban sus fases
y ellas menstruaban cada mes,
se renovaba la Luna y ellas también,
veían la Luna y a sus cuerpos,
llegaron a la conclusión, de que la Luna y ellas eran cíclicas.

Que la embarazo decía que llevaba una Luna,
cuando tenía el primer mes de su embarazó,
contaron nueve Lunas,
hasta el nacimiento de la nueva criatura,
que son los nueve meses de gestación del bebé”.

Gabriel Sainos Guzmán.

A María y a su familia por abrirnos su vida y su corazón...

por sus lágrimas al vernos partir.

ÍNDICE.

Planteamiento del Problema	6
Justificación	8
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11

CAPÍTULO 1. LA VIDA EN TENEJAPA.

1.1	Chiapas y su diversidad	13
1.2	Datos geográficos del municipio de Tenejapa	15
1.3	Reseña histórica	17
1.4	Descripción de la población del municipio	19
1.5	Mirada indígena	20
1.6	Los Tseltales: "Los de la palabra originaria"	21
1.7	Relatos Tseltales sobre el origen del mundo	23
1.8	Lenguas Mayas	27
1.9	Lengua Tseltal	29

CAPÍTULO 2. PROCESO HISTÓRICO DE LA PARTERÍA TRADICIONAL EN MÉXICO.

2.1	Panorama general de la ciencia médica en el siglo XIX	33
2.2	El cuerpo de las mujeres como "cobayas"	35
2.3	La construcción moral y social de los médicos mexicanos	39
2.4	El siglo XX, modelos de desarrollo, y su impacto en la salud	40
2.5	Atención primaria a la salud	45
2.6	Políticas internacionales sobre los médicos tradicionales	50
2.7	Programas nacionales referentes a la partería tradicional	54
2.8	La Partería Tradicional en Chiapas	65

CAPÍTULO 3. M'ETIK U (NUESTRA MADRE-LUNA): SÍMBOLOS ENTORNO A LA PARTERÍA TSELTAL.

3.1	Las Parteras como sujetos sociales	68
3.2	Lekil Kuxlejaj, una propuesta de vida desde la cultura Tseltal	75
3.3	M'etik U (Nuestra Madre-Luna): Símbolos entorno a la Partería tseltal	81
3.3.1	El origen de la vida	83
3.3.2	La salud y la enfermedad para las Parteras Tseltales	84
3.3.3	El cuidado en el embarazo	85
3.3.4	El parto en Tenejapa	86
3.3.5	La atención posparto	89
3.3.6	Símbolos entorno a la Partería Tseltal	90
3.3.7	El rezo Tseltal como un símbolo de comunidad	95

Conclusiones	102
Bibliografía	105
Anexo Fotográfico	113

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En nuestro país, en la actualidad, a la par de la atención médica institucional coexisten prácticas médicas tradicionales, que además de ser una respuesta a los problemas de salud, representan un proceso histórico de resistencia y de construcción de una identidad en un medio rural, en constante cambio, que ha estado acompañado de una lucha silenciosa contra los modelos de dominación impuestos, (en este estudio se abordara la dominación de género, sexo, etnia y de saberes). Muchos ejemplos de estas prácticas se viven todos los días en las comunidades de los Altos de Chiapas. En el municipio de Tenejapa, Chiapas, las parteras tradicionales atienden la mayor parte de los nacimientos, de 54 localidades que se encuentran entre las más marginadas y pobres de la zona Altos.¹ En Chiapas las parteras tradicionales tienen un papel importante en la disminución de la muerte materno-infantil, ya que en comunidades rurales atienden hasta el 90% de los partos (Heredia, 2009).

Las parteras son el grupo de terapeutas tradicionales de mayor importancia numérica en México. Son actores fundamentales en la atención de la salud sexual y reproductiva en las comunidades rurales. Sin lugar a duda, el trabajo de las parteras en la prevención de la muerte materno-infantil es de gran relevancia y sobre todo de gran incidencia, aunque poco reconocida por las instancias oficiales de la salud. Desafortunadamente existe un gran desencuentro entre el sistema de

¹ Datos recabados para la Agenda Rosa, Partería Tradicional en Chiapas, Luna Maya/Pronatura, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 2009.

salud y las parteras, esto debido en gran parte a la incomprensión y falta de respeto por este conocimiento tradicional.

Según Bonfil, las parteras han desarrollado un saber curativo y preventivo apoyado básicamente en el conocimiento de su entorno natural y de la psicología cultural de los individuos; recurren a todos los medios a su alcance para atender al paciente dentro de un enfoque integral para restaurar el equilibrio, echan mano de agentes terrenales y sobrenaturales, de los seres de la tierra, del agua y el aire y también de los espíritus bienhechores y poderosos que protegen la existencia humana; así cada aspecto de la salud y la enfermedad tiene un referente mágico-religioso, un simbolismo asociado y una curación prescrita. Ser partera en Chiapas, es vivir en un estado permanente de resistencia ante un sistema de salud que pocas veces reconoce su labor en la atención de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y ante un sistema que expropia su conocimiento. Sin embargo el trabajo de las parteras indígenas y mestizas en el medio rural y urbano, continuará con la labor de dar una atención con calidad y calidez a las mujeres; en donde los esfuerzos de grupos organizados de parteras, médicos tradicionales y organizaciones de la sociedad civil serán de gran relevancia para mantener este saber que ha perdurado y que perdurará a través de los tiempos (Agenda Rosa, 2008).

JUSTIFICACIÓN.

A pesar de su trabajo y esfuerzo las parteras tradicionales, enfrentan múltiples problemas, quizá el más importante sea la negación y la ignorancia del conocimiento sobre la partería tradicional lo que desencadena un nulo reconocimiento de su trabajo por parte del sector salud, y diversos problemas en su propia comunidad.

Dar voz y escuchar a las parteras tradicionales, es permitimos contemplar formas alternas de vida, significa reconocer otros tipos de conocimientos y explorar maneras diferentes de mirar² y atender nuestra la salud.

Esta investigación es relevante para:

- Los propios sujetos sociales, ya que refuerza el valor identitario y cultural de sus prácticas, además de que sirve como una herramienta para reflexionar sobre sus principales problemas y dar propuestas con la finalidad de tener una incidencia en las políticas públicas, ya que este reconocimiento llevaría a mejores condiciones de vida y de ejercicio de esta labor.
- La sociedad en general, para acercarnos, valorar y conocer las prácticas de otras culturas, al contemplar y descubrir estas miradas nos damos cuenta de que no existe una verdad o un saber predominante, por lo que no podemos hablar de respuestas únicas hacia los problemas. Tal postura da cabida a explorar e inventar formas distintas de resolver nuestros

² Se utiliza una metáfora y citando a Clifford Geertz hablamos de la mirada y nos referimos a un sistema de concepciones expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales la gente se comunica, perpetúa y desarrolla su conocimiento sobre las actitudes hacia la vida.

problemas que nos ayuden a mejorar, partiendo del respeto a la diversidad

cultural y simbólica.³

Si bien es cierto que dentro de las Ciencias Sociales existen estudios sobre la partería tradicional, la mayor parte de estos estudios están enfocados a analizar los casos de muerte materna o las posibles participaciones del sector salud en diversos programas delegando y menospreciando el conocimiento y los saberes de la comunidad colocándolos solo como procesos meramente culturales que no merecen ser analizados. La importancia de esta investigación radica en que se parte de la mirada de las propias parteras tradicionales y se pretende conocer los principales signos y símbolos entorno a su trabajo. Esto por una parte ayudaría a entender la diversidad de las prácticas en salud y además aspira a fortalecer a las parteras en su propio proceso colectivo de construcción de conocimiento en torno la salud.

³ Al respecto Clifford Geertz realizó múltiples aportes sobre la antropología simbólica, pone particular atención al papel del imaginario (o 'símbolos') en la sociedad. Los símbolos son el marco de la actuación social. La cultura, según la define Geertz en su famoso libro *La interpretación de las culturas* (1973), es un sistema de concepciones expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales la gente se comunica, perpetúa y desarrolla su conocimiento sobre las actitudes hacia la vida. La función de la cultura es dotar de sentido al mundo y hacerlo comprensible. Geertz sostenía que para estudiar la cultura desde un punto de vista antropológico, no es imposible aplicar una ley o una teoría determinada, la única manera de estudiar las conductas humanas dentro del contexto cultural al cual pertenecen, es a través de la experiencia y de la observación del investigador, de esta manera las manifestaciones de cada cultura, según Geertz, deben ser estudiadas de la misma manera que la arqueología estudia el suelo, "capa por capa", desde la más externa, es decir desde aquella en donde los símbolos culturales se manifiestan de manera más clara, hasta la capa más profunda, donde se encuentra la matriz de estos símbolos a los cuales hay que identificarles el significado, dejando de lado los aspectos ontológicos del mismo. Además ha realizado importantes aportaciones a la teoría social y cultural, y continúa como una voz importante en el giro del interés antropológico hacia los marcos simbólicos en los que los pueblos viven sus propias vidas. Ha trabajado sobre religión, especialmente sobre el Islam, sobre los bazares comerciales tradicionales, ha indagado en el desarrollo económico y en la estructura política; así como en la vida aldeana y familiar. Hasta su muerte estuvo trabajando de manera general en la cuestión de la diversidad étnica y sus implicaciones en el mundo moderno.

En el presente trabajo de investigación pretende dar cuenta del proceso histórico de resistencia⁴ y de lucha por la construcción de una identidad tseltal entorno a la partería tradicional, frente a años de imposición de un modelo dominante que no reconoce el saber, y el trabajo de las parteras tradicionales. Toma especial interés analizar las políticas de salud relacionadas con las parteras, en donde estuvieron por muchos años marginadas o simplemente ignoradas, hasta la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud Alma-Ata en donde se asume que las parteras tradicionales pueden tener una función de ayuda y auxiliares técnicos "solo en caso de que no haya un médico".

Una parte importante de esta investigación será el acercamiento a una nueva visión de identidad, que no necesariamente se liga a una visión indigenista sino que se visualiza como, un proceso dinámico influenciado por el mismo sistema, esta visión se construirá en especial para la partería tradicional de Tenejapa y los procesos comunitarios, sociales y culturales a los cuales se vincula directamente, es decir se pretende describir los símbolos entorno a la partería tseltal.

⁴ Al hablar de resistencia hacemos referencia a todo acto de fuerzas de cooperación, comunicación, comprensión, amistad, comunidad, amor .. siempre que estén acompañadas por la perspicacia y la inteligencia. Debemos resistirnos a lo que separa, a lo que desintegra, a lo que aleja, sabiendo que la separación, la desintegración, el alejamiento ganarán la partida. La resistencia es lo que acude en ayuda de esas débiles fuerzas, es lo que defiende lo frágil, lo perecedero, lo hermoso, lo auténtico, el alma. Es lo que puede abrir una brecha en el plexiglás de la indiferencia para, de sonrisa en sonrisa, consolar los llantos. Sonreír, reír, bromear, jugar, acariciar, abrazar es también resistir. Resistir, resistir primero a nosotros mismos, nuestra indiferencia y nuestra falta de atención, nuestro cansancio y nuestro desaliento, nuestros malos impulsos y mezquinas obsesiones. Resistir por/para/con amistad, caridad, piedad, compasión, ternura, bondad. La resistencia a la crueldad del mundo debe intentar mantener la unión en la separación, atar lo que es libre dejándolo libre, provocar el arrepentimiento concediendo el perdón. Proseguir el esfuerzo cósmico desesperado que, en el humano, toma la forma de una resistencia a la crueldad del mundo es lo que yo denominaría esperanza (Morin, 2002).

OBJETIVO GENERAL.

Documentar el proceso de resistencia y construcción simbólica de la identidad tseltal en torno a la partería tradicional, en el municipio de Tenejapa, Chiapas, y analizar su relación histórica y actual con el sistema de salud oficial en nuestro país, a partir de los diferentes discursos que giran alrededor de la partería, tomando como base la mirada de las propias parteras tradicionales, mediante metodologías dialógicas, dirigidas a construir una reflexión que fortalezca su propio proceso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Conocer el panorama de salud estatal del estado de Chiapas y en particular en el municipio de Tenejapa.
- Analizar el proceso histórico de la imposición del modelo médico hegemónico, desde la colonia hasta el actual modelo de privatización de la atención a la salud, en específico para el tema de partería tradicional en México.
- Bosquejar la situación actual en torno a las políticas de salud referentes a la partería tradicional.
- Conocer y documentar los principales símbolos identitarios en torno a la partería tseltal, de la propia voz del grupo de parteras tseltales M'etik U del municipio de Tenejapa, Chiapas.

El presente trabajo se compone de tres capítulos en los cuales se pretende profundizar sobre la identidad tseltal entorno a la partería tradicional y analizar su relación histórica y actual con el sistema de salud oficial en nuestro país. El capítulo 1: ***“La vida en Tenejapa”***, se busca brindar un panorama general del contexto del Estado de Chiapas, hasta acercarnos a la realidad del municipio de Tenejapa, además de que se introduce en el estudio de los Tseltales, su mirada indígena y su lengua materna. El capítulo 2: ***“Proceso histórico de la Partería Tradicional en México”***, busca reconstruir la historia de imposición de la medicina médica hegemónica y el desplazamiento de las parteras tradicionales desde el siglo XIX, hasta las actuales políticas en salud, a nivel nacional y estatal. El capítulo 3: ***“M’etik U (Nuestra Madre-Luna): símbolos entorno a la partería tseltal”***, reflexiona sobre las principales representaciones entorno a la partería tseltal, analizando elementos muy importantes como una oración tradicional y diferentes símbolos alrededor de la partería tradicional. Por último, en las conclusiones se analizan algunas ideas relevantes para contribuir a la reflexión de este trabajo.

CAPÍTULO 1. LA VIDA EN TENEJAPA, CHIAPAS.

1.1 Chiapas y su diversidad.

Chiapas muestra una gran diversidad sociocultural, que se manifiesta por la presencia de las diferentes lenguas y culturas: tseltal, tzotzil, tojolabal, mam, jacalteco, cho'l, grupos étnicos vinculados con la lengua y culturas maya y zoques relacionados con la cultura mixe (Figura 1).

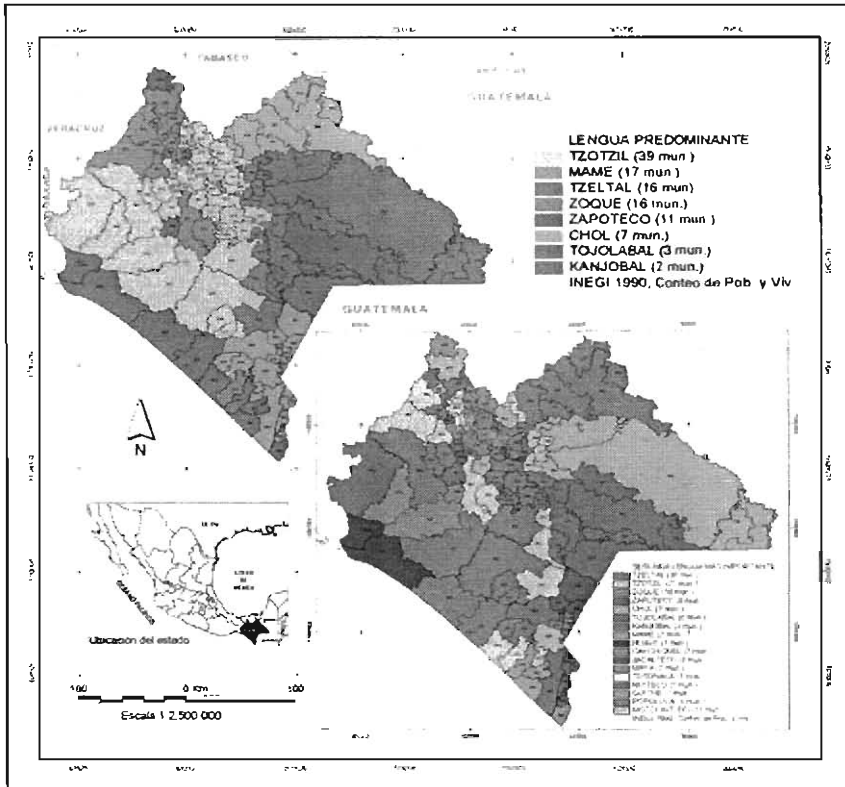


Figura 1: Mapa de la diversidad cultural en el estado de Chiapas (ECOSUR, 2010).

De igual forma, se encuentra un número importante de grupos producto de la inmigración de refugiados guatemaltecos durante la década de los ochenta a la región: quiches, cakchikeles, chujs, ixil, kanjobales, la diversidad también se presenta, entre otros, por los distintos contextos socioculturales (urbanos, rurales e indígenas), niveles educativos, ambientes naturales y religiones. Ante esta gran riqueza cultural se opone una interacción limitada entre las distintas formas culturales; lamentablemente las relaciones se encuentran, más bien, marcadas y permeadas por la desigualdad y la discriminación étnica, de género, de edad, de orden socioeconómico, de discapacidades físicas, de idioma, de religión o ideología, de dominación cultural y control hegemónico, factores que impiden avanzar en el establecimiento de relaciones basadas en la equidad y el respeto a la diversidad.

La región de los Altos de Chiapas está constituida por 18 municipios, en la mayoría de ellos (15) toda su población es hablante de alguna lengua indígena (98%), así mismo el 50% de esta población no habla el español, es decir es monolingüe, en casi todos ellos habitan indígenas tzoltziles y tzeltales (Serrano, 2002). La Ciudad más importante de esta región y punto de confluencia de estos municipios es San Cristóbal de las Casas, en la que 50% de la población es indígena y 20% de ella es monolingüe. Es ahí en donde se ubican los hospitales más importantes (Freyermuth, 2003).

1.2 Datos geográficos del municipio de Tenejapa.

Es un municipio de los Altos de Chiapas (**Figura 2**), cuenta con 54 localidades o mejor conocidos por la misma gente como parajes que se localizan en los límites del Altiplano Central y las Montañas del Norte, siendo el terreno montañoso en su totalidad. Limita al norte con Chenalhó y San Juan Cancuc, al este con San Juan Cancuc y Oxchuc, al sur con Huixtlán y San Cristóbal de Las Casas y al oeste con Chamula y Mitontic (INEGI, 2010).

La extensión territorial es de 99.4 km², lo que representa el 2.63 % de la superficie de la región Altos y el 0.13% de la entidad; su altitud es de 2,060 metros sobre el nivel del mar (msnm). Los ríos principales, son el Yoshib, Tzontehuitz, Matzam, Crushpilar, Cañada y Chaná, además se encuentran las lagunas del Coch y de Banabil.

El clima es templado húmedo con abundantes lluvias en verano y su vegetación es de bosque de pino-encino. Los ríos principales, son el Yoshib, Tzontehuitz, Matzam, Crushpilar, Cañada y Chaná, además se encuentran las lagunas del Coch y de Banabil. De acuerdo a los resultados que presento el II Censo de Población y Vivienda en el 2005, en el municipio habitan un total de 30,599 personas que hablan alguna lengua indígena.

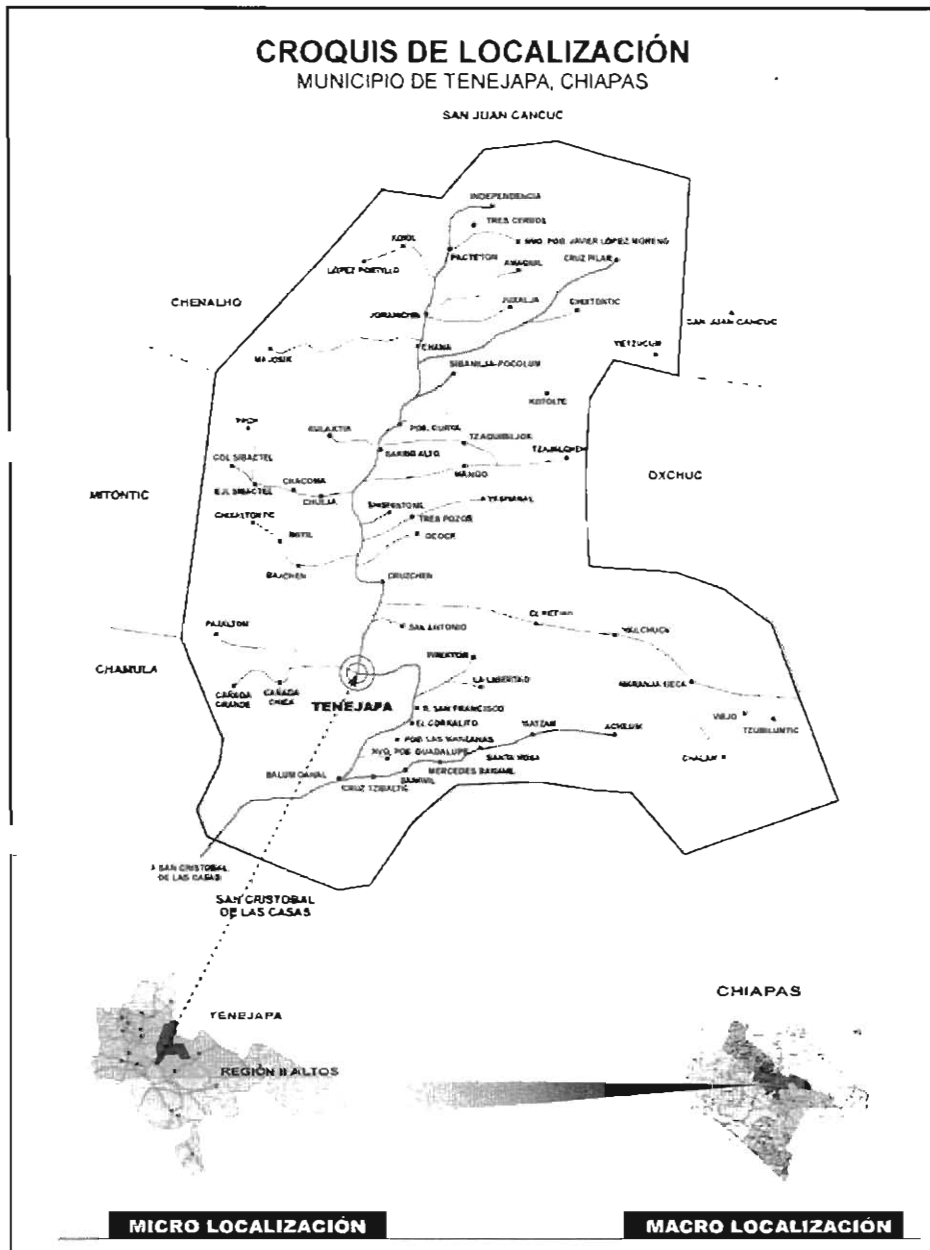
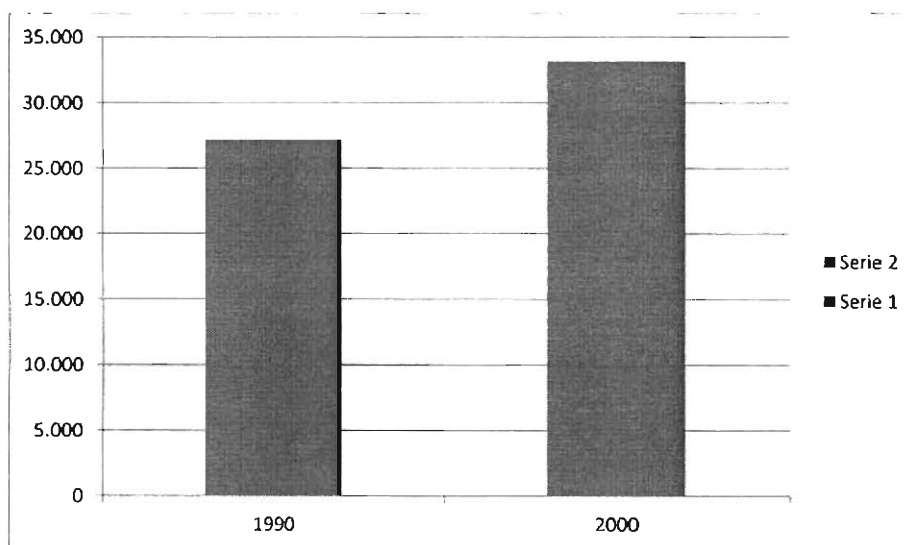


Figura 2: Mapa de localización del municipio de Tenejapa, Chiapas (CONAPO 2010).

En el Censo de Población levantado el 28 de octubre de 1900 (Gráfica 1), el pueblo de Tenejapa aparece con una población de 5, 842 habitantes. El 30 de abril de 1975, el Gobernador del estado, Manuel Velasco Suárez, promulga el decreto que le agregó el nombre de Vicente Guerrero al municipio de Tenejapa. De acuerdo a los resultados que presento el II Conteo de Población y Vivienda en el 2005, en el municipio habitan un total de 33,161 personas que hablan alguna lengua indígena (INEGI, 2005).

Grafica 1: Crecimiento Poblacional del municipio de Tenejapa, Chiapas (INEGI, 2010).



1.3 Reseña histórica.

Antes de la llegada de los españoles, un grupo de tseltales se instaló en el actual territorio del municipio. Posteriormente, los aztecas ejercieron su influencia en la

región. El nombre de Tenejapa significa, en náhuatl, "río calcáreo". A partir de la segunda mitad del siglo XVI, los frailes dominicos establecidos en la región se esforzaron por implantar en Tenejapa las bases de la organización colonial. En 1712, los habitantes del municipio participaron activamente en la sublevación de las comunidades tseltales de Los Altos. A continuación se presenta la cronología de los hechos históricos que fueron definiendo las características municipales actuales (**Tabla 1**).

Tabla 1. Cronología de hechos históricos de Tenejapa (INEGI, 2005).

Año	Acontecimiento
1768	El 19 de junio se hace la primera división territorial interna de la provincia de Chiapas, quedando este dentro de la alcaldía mayor de Ciudad Real.
1774	San Ildefonso Tenejapa es un anexo del pueblo de Santo Domingo Oxchuc dentro del valle de Ciudad Real y provincia de Zediles.
1882	El 11 de diciembre se gana por derecho propio ser municipalidad.
1883	El 13 de noviembre se divide el estado en 12 departamentos siendo este parte del de San Cristóbal.
1900	Según censo Tenejapa tiene 5,842 habitantes.
1915	Desaparecen las jefaturas políticas y se crean 59 municipios libres, siendo este una delegación de San Cristóbal.
1922	El 23 de noviembre Tenejapa adquiere la categoría de municipio.
1975	El 30 de abril siendo gobernador Manuel Velasco Suárez se promulga

el decreto que le agrega el nombre de Vicente Guerrero tanto al municipio, como a la cabecera municipal.

1983 Para efectos del sistema de planeación, se ubica en la Región II Altos

1.4 Descripción de la población del municipio.

La población total del municipio es de 33,161 habitantes, representa 6.90% de la regional y 0.85% de la estatal; el 49.11% son hombres y 50.89% mujeres. Su estructura es predominantemente joven, 69% de sus habitantes son menores de 30 años y la edad mediana es de 16 años. La población total del municipio se distribuye de la manera siguiente: 12.76% vive en la cabecera municipal, mientras que el 87.24% restante reside en 53 localidades rurales, que representan 96.30% del total de las localidades que conforman el municipio. El 35.89% de la población profesa la religión católica, 35.91% protestante, 5.47% bíblica no evangélica y 21.65% no profesa credo (INEGI, 2010).

En el año 2010 se registraron 5,176 viviendas particulares habitadas, de las cuales 97.70% son propiedad de sus habitantes y 1.43% son no propias. En promedio cada vivienda la ocupan 5.94 habitantes. Los materiales predominantes en los pisos de las viviendas son 86.17% de tierra y 11.34% de cemento y firme. Las paredes son 82.36% de madera y 12.64% de tabique. En techos 90.42% son de lámina de asbesto y metálica y 5.53% de losa de concreto. El 90.77% de las viviendas disponen de energía eléctrica, 83.08% de agua entubada y el 11.28%

cuentan con drenaje. En la región los indicadores fueron, para energía eléctrica 82.92%, agua entubada 62.32% y drenaje 39.23%; y en el estado 87.90%, 68.01% y 62.27% respectivamente (CONAPO, 2008).

En la percepción de ingresos, en el municipio, se tienen los resultados siguientes: el 49.00% de los ocupados en el sector primario no perciben ingresos y sólo 0.15% reciben más de cinco salarios. En el sector secundario, 11.11% no perciben salario alguno, mientras que 1.11% reciben más de cinco. En el terciario, 20.20% no reciben ingresos y el 1.82% obtienen más de cinco salarios mínimos de ingreso mensual. (INEGI, 2010).

1. 5 Mirada indígena.

Citando a Clifford Geertz hablamos de la mirada y nos referimos a un sistema de concepciones expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales la gente se comunica, perpetúa y desarrolla su conocimiento sobre las actitudes hacia la vida. Las culturas indígenas poseen maneras propias de ver y entender el mundo, así como formas específicas de organización y cohesión social. Entre las características que distinguen a las culturas indígenas destacan su integralidad y su modo de vida comunal. La integralidad, entendida como la interrelación de lo imaginario y lo simbólico con lo material, es un elemento sustancial de la cosmovisión indígena. Difícilmente se puede entender esa diferencia si se desconoce que el vínculo de los pueblos con la tierra tiene una dimensión que va más allá de la propiedad y de lo productivo (Aguirre, 1991).

La relación que el indígena establece con la naturaleza se basa en principios de interdependencia, con el sentirse parte de la naturaleza y no dueño de ella, de esta manera de concebir su estancia en el mundo se desprenden y adquieren significados, su concepción de desarrollo y sus manifestaciones culturales y artísticas (Aguirre, 1991).

El modo de vida comunal se refiere a la visión solidaria de hacer las cosas, a las alianzas que hacen posible la cooperación, al sentido comunitario que tiene la organización social, productiva y ritual. La mirada de los pueblos indígenas no es homogénea ni estática. La integralidad y el modo de vida comunal se expresan de variadas maneras: desde sus propias circunstancias históricas, geográficas y sociales. En todos los casos constituyen elementos que las identifican y ponen de manifiesto su diversidad cultural. En los últimos años, esta diversidad se ha visto acrecentada por la movilidad de la población indígena, principalmente hacia polos urbanos.

1.6 Los Tseltales: “Los de la palabra originaria”:

Los pueblos tseltales pertenecen a la gran familia maya (**Figura 3**), es la etnia más numerosa de Chiapas y su área de distribución comprende los Altos, las montañas de oriente y las del norte. Algunos de los municipios tseltales: Altamirano, Amatenango del Valle, Comitán, Chanal, Chilón, Huixtán, Las Margaritas, Ocosingo, Oxchuc, Palenque, Pantheló, Las Rosas, Salto de Agua, San Cristóbal de las Casas, Simojovel, Sitalá, Tenejapa, Venustiano Carranza, Yajalón y San

Juan Cancuc. Los tseltales se definen a sí mismos como "los de la palabra originaria", *batzilk'op*. El concepto evoca una memoria de origen del hombre maya cuya *herencia* (oral) se recrea en la costumbre y las prácticas de saber. Como metáfora se relaciona además con la palabra primigenia de sus primeros madrepadres creadores. (Tedlock, 1993).

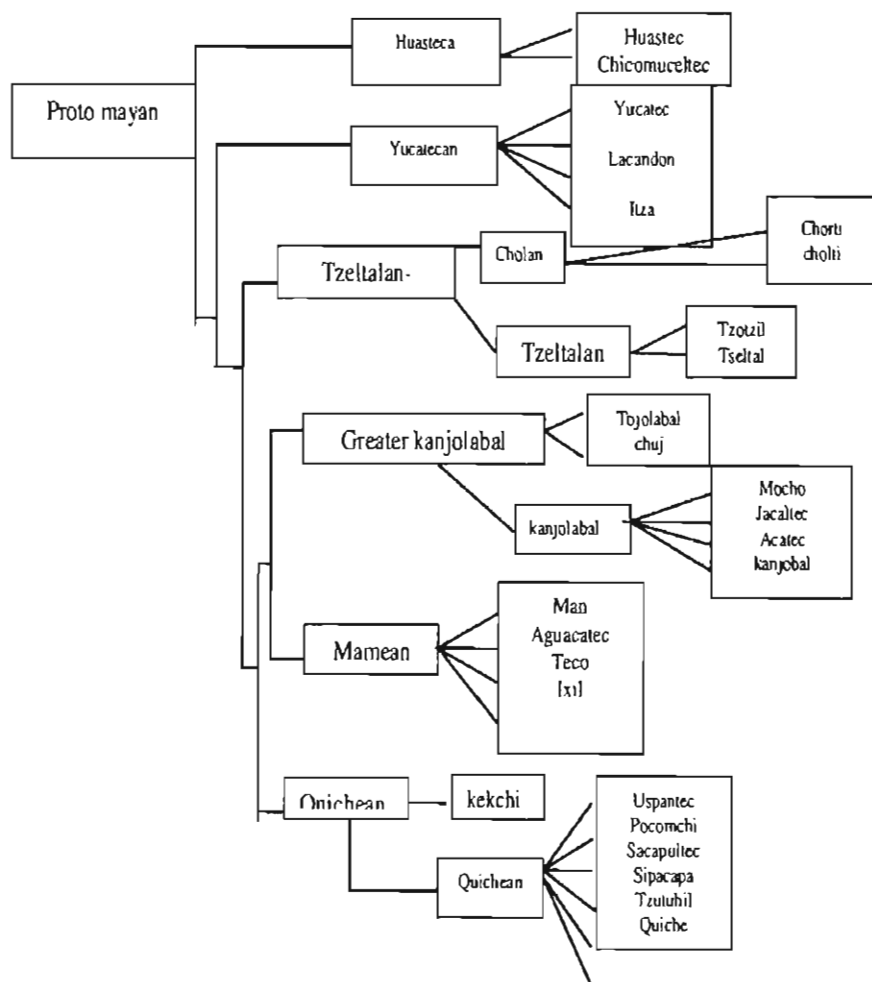


Figura 3. Familia Maya (CIEPAC, 2010).

1.7 Relatos Tseltales sobre el origen del mundo.

Para tener una mejor comprensión de las formas simbólicas tseltales analizaremos algunos relatos cuya finalidad será acercarnos a la mirada tseltal de las parteras tradicionales de Tenejapa. Según el mito Tseltal de Tenejapa: *los primeros hombres eran swa winik y fueron creados con un cuerpo sin manos y un solo pie. Ellos poblaron el mundo, los dioses vieron que no les servían porque no les rezaban, ni podían reproducir familia. Tampoco sabían hacer la milpa. Los dioses dialogaron y se lamentaron: nuestras criaturas no nos rezan ni nos adoran. Estos primeros hombres fueron entonces castigados y desaparecieron a raíz de movimientos de la tierra, wujtik latalum. Cuentan los ancianos que una segunda creación fue de hombres que cuando se iban a la milpa se encontraban en el camino y pasaban dialogando en el nombre de Rios (Dios). Siempre se tardaban en el saludo y sus pláticas, y nunca llegaban a sus milpas, eso tampoco les gustó a los dioses de arriba. Esos antiguos habitantes de Tenejapa se les conoce como Antuva winiketi'k y se dice que desaparecieron por las grandes inundaciones. Aquellos antepasados eran hombres gigantes y malos, agresivos con sus vecinos, e ignoraban a los dioses, no los respetaban, por eso los dioses se disgustaron. Y fue así que Sme pulel, dios del diluvio inundó el pueblo. La mayoría murió y muchos lograron sobrevivir encaramándose a los árboles y las partes altas de los cerros o protegiéndose en las cuevas. Los sobrevivientes empezaron a hacer fogatas y los dioses vieron que salía humo y enviaron otras divinidades llamadas Abatetik. El dios padre envió a transformarlos para que la historia no dejara testimonios de los tiempos del diluvio. Los dioses los transformaron en monos, les jalaban la cola y las orejas.*" (Versión de María Intzin Meza, de Chacomá, Tenejapa).

El mundo Tseltal se representa bastante similar al de sus demás hermanos mayas, está constituido por un cosmos (*chul chan*), la madre tierra (*lum balumilal* o *ch'ul balumilal*) y el inframundo (*k'atimbak*). El equilibrio y la armonía entre esos tres espacios es recompensado por las divinidades protectoras del universo: el Sol, la Luna y las Montañas. En *lum balumilal*, los guardianes de la madre tierra y las fuerzas naturales se encargan de preservar ese orden manteniendo en equilibrio la vida humana con la naturaleza. Del "Dueño" (*Ajau witz, Tatik Anh'el*) se cuentan muchas historias de enseñanza que la memoria colectiva transmite de familia en familia: *"Hace mucho tiempo la virgen (Jalametik) dio el maíz a un muchacho y le dijo: "Estas semillas se harán milpa". El muchacho plantó las semillas, crecieron cuatro matas grandes y dieron mazorcas, entonces el muchacho fue a tapiscar la milpa y llevó las mazorcas a su casa; pero al otro día fue a ver la milpa, que seguía igual como si no hubiera cosechado, y volvió a hacerlo. Al día siguiente volvió otra vez y lo mismo del día anterior, y así tapiscó durante ocho días seguidos, pero se aburría de tanto trabajo y cortó las cañas de la milpa con su machete. Entonces apareció el Dueño y le dijo: "Ya perdiste la semilla porque cortaste la caña de la milpa, si sólo la hubieras doblado y la hubieras dejado que se secase... ahora ya te quedaste sin matas y tendrás que esperar hasta el próximo año". Desde entonces se tapisca sólo una vez al año."* (Relato de Navil, Tenejapa).

La gente de los parajes aledaños a las montañas conserva un profundo sentido de respeto que manifiesta con recogimiento y silencio, o pidiendo permiso con humildad cada vez que cruza o pasa frente a estos íconos de la memoria. Hasta el día de hoy las cuevas (*te ch'en*) o las cruces (*sok te kurus*) ocupan un lugar de

significación de lo sagrado. La *kurus* (cruz) maya, en donde sea que su pueblo la instale, rememora a la ceiba, árbol sagrado, primigenio, arquetipo de origen, de creación. Nada tiene que ver con la cruz católica. Siempre señala lo sagrado, el espacio y el tiempo de origen, la entrada al inframundo en las cuevas. El momento de detener la marcha y entrar en contacto con las divinidades. Cuando cruza frente a ella, el hombre tseltal se detiene y entra en contacto con lo divino, generalmente en silencio. De igual forma si está ante un árbol que le remite a una idea de origen, ante un mensaje o un lugar consagrado por la memoria mítica. Los he visto incluso “bolos” (borrachos) en el pueblo, detenerse y, ya sin pudor, gritarle su sentir, darle cuenta de la vida (Gómez, 2004).

El niño que contaba estrellas: “Hace mucho tiempo se supo de un niño de seis años que era muy curioso y le gustaba mirar la desconocida distancia del cielo. Un día le preguntó a su padre:

— *¿Qué es aquello que alumbra por sí solo, que titila en el cielo como si echara chispas?*

El padre le respondió:

—*Eso que ves en el cielo son estrellas. Alumbran de noche a la tierra y a todo el universo.*

— *¿Y cómo se llaman?*

El padre le enseñó:

—*Esas son 'ox koj', que significa “tres animales”; aquella es jxana'b o “el caite”; la tercera es kurus'ek o “cruz de estrellas”, que se conoce también como “cruz del norte”. La cuarta se llama tsek, que en español significa “enagua de estrellas” (Escorpión), la quinta se llama nujkupal o “piel de la espalda”, la sexta, sahube'e'ek, que significa “estrella matutina”, aquella, Yek' uljch' ultatik o “estrella vespertina”; aquellas otras que son*

muchas se llaman sbetoyim, que significa "camino de hielo" (Vía láctea). Y esos son todos los nombres que sabemos —concluyó el padre.

El hijo respondió:

—Gracias por darme el nombre de las estrellas. Nunca lo olvidaré, guardaré en mi corazón todos esos nombres para que así nunca se pierdan y los que están por nacer también los sepan y los cuenten. Así quedarán a través de generaciones.

Esto dijo el niño sin imaginarse que se le ocurriría contar las estrellas de Dios. Porque hasta la fecha no se sabe de nadie que se haya atrevido a contar las estrellas del firmamento. Su curiosidad lo estaba llevando más allá de los poderes humanos, al pretender contar e interpretar las estrellas, ya que solamente Dios sabe cuántas hay. El pobre niño no pensaba hacer daño y no imaginó que hiciera mal al pretender contarlas y tampoco consultó a sus mayores.

Sucedió que ya habiendo sabido sus nombres, un atardecer se puso a contarlas: "Así —pensó—, podré decírtelas a los demás cómo se llaman y cuántas hay". Y pasó que, a medida que las iba contando, se iba oscureciendo y aparecían cada vez más estrellas, y entonces dicen que se desorientó y ya no pudo terminar de contarlas porque en el firmamento las estrellas son infinitas. El niño puso tanto afán en saber cuántas eran que al ver que era imposible se desesperó tanto, enloqueció y murió. Esta historia quedó como enseñanza para los niños de Tenejapa, pues se dice que lo infinito no puede contarse" (Gómez, 2004). En este sentido podemos observar que para el análisis de los simbolismos tseltales existe un gran vínculo entre la totalidad del ser tseltal y el respeto al k'inál o el medio ambiente, ya que los tseltales, como todos los pueblos de cultura oral, poseen un enorme acervo de relatos, cuentos y mitos que dan cuerpo a la memoria colectiva que los pueblos re-crean en forma dinámica. La memoria oral reconoce en el mito su función configuradora de valores en signos

recurrentes de la identidad que se transmiten en imágenes o signos de relato. Al evocar se fija sentido en actos que: "son recordados desde fuera [de mi mente, y de esa manera] los grupos de los cuales formo parte me ofrecen a cada momento los medios para reconstruirlos."(Halbwachs, 1994).

1.8 Lenguas Mayas.

La comprensión y el aprendizaje de una lengua indígena suponen entrar en concepciones del mundo y construcciones lógicas muy distintas de las impuestas por el conocimiento occidental y por el idioma español (**Figura 4**). Hoy en día existen 29 lenguas mayas vivas, que se hablan en el sureste de Mesoamérica: en Guatemala existen 19, en Belice y la península de Yucatán se habla básicamente la misma lengua maya con diferentes variaciones dialectales; en Tabasco el chontal; en Chiapas el tseltal, el tsotsil, el ch'ol, el tojolabal, el lacandon (que es muy cercano al maya de Yucatán) y otras lenguas que también se hablan en Guatemala; en San Luis Potosí subsiste una etnia maya que habla tének, mejor conocido como huasteco.

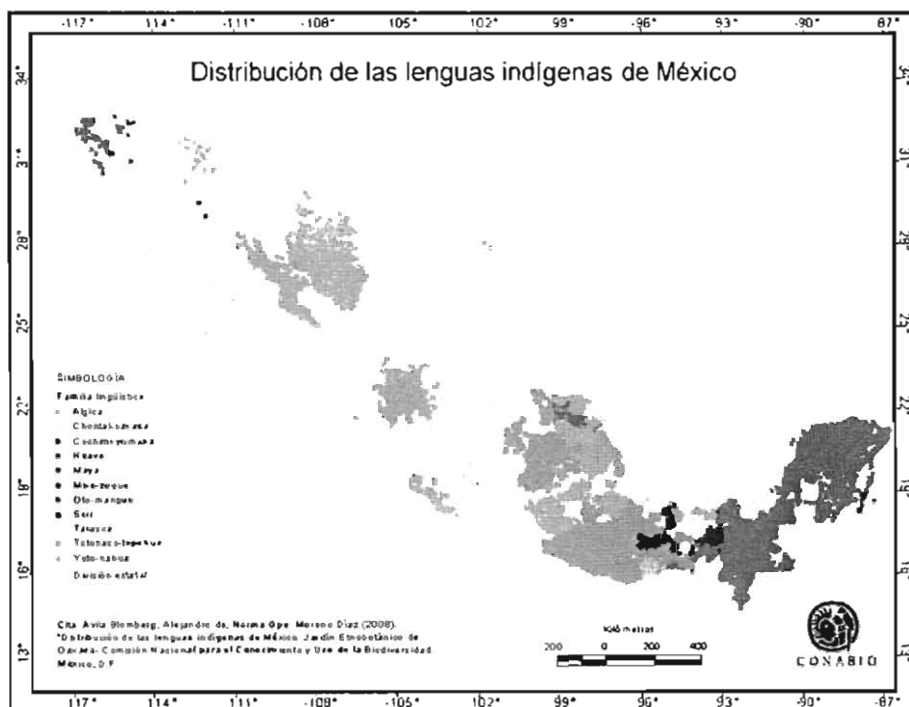


Figura 4. Distribución de las lenguas indígenas en México (CONABIO, 2010).

En el maya de Yucatán encontramos muchos elementos comunes con el tseltal, el tsotsil y seguramente con muchas otras lenguas mayas. Podemos ver estas similitudes en referencia a sus modalidades fonéticas, raíces verbales, estructuras de la lengua, en sus cosmologías y pautas valorativas.

Si pasamos al terreno arquitectónico, podemos contemplar muchos rasgos parecidos en los más de 11,000 sitios mayas hallados hasta hoy en Guatemala, Honduras, El Salvador y sobre todo en el sureste de México. En el terreno de la lingüística existen muchos ejemplos de cercanía que involucran: algunas raíces

verbales comunes, un ejemplo de esto lo vemos en las cosmologías, por ejemplo, hay dos términos clave en ambas culturas el cielo y el árbol sagrado de la humanidad. En el maya yucateco el árbol sagrado se dice *kaan* y en tseltal *chulchan* “santa serpiente”. El árbol sagrado de la ceiba en yucateco se dice *yaax te* y en tseltal *yax te*. En ambas culturas se refiere al árbol primigenio (Paoli, 2006).

1.9 Lengua Tseltal.

Esta lengua maya es hablada por aproximadamente 450,000 personas, localizadas principalmente en el norte, los altos y la selva del estado de Chiapas (Figura 5).

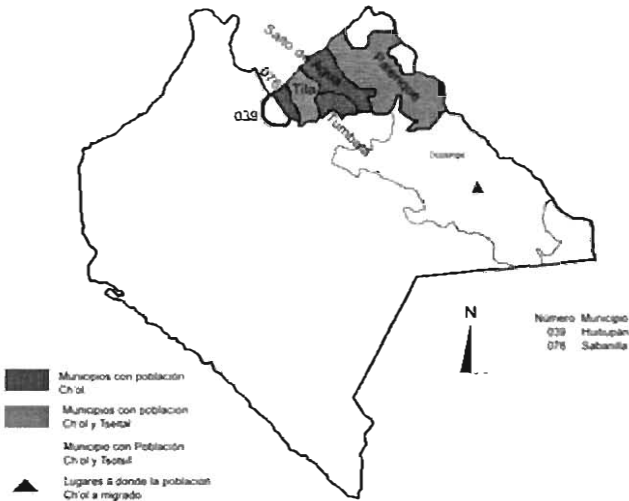


Figura 5. Mapa de localización de la lengua tseltal en el Estado de Chiapas (CONECULTA, 2011).

Tiene diversas variaciones dialectales, y la más contrastante de ellas es el tzeltal de Oxchuc; sin embargo los tzeltales pueden entenderse en su idioma básicamente pese a cualquiera de sus variaciones. Aunque es difícil determinar con exactitud cuántas variantes dialectales existen en este idioma, se puede decir que estas son las variantes dialectales más aceptadas:

- Tzeltal Bajo (Región de la Selva Lacandona hacia Palenque).

Tzeltal de Bachajón.

Tzeltal de Ocosingo.

- Tzeltal Alto⁵ (Región de los Altos de Chiapas).

Tzeltal de Oxchuc.

Tzeltal de Tenejapa.

Como las demás lenguas mayenses, se trata de una lengua ergativa⁶, es decir, se estructura a partir de prefijos y sufijos que se unen a raíces verbales o sustantivas.

(Figura 6).

⁵ Tzeltal de Amatenango: No es zona alta, pero geográficamente se ubica más cercano a las variantes arriba mencionadas, podría constituir una variante independiente de los dos grupos anteriores.

⁶ Se conoce como lengua ergativa (o ergativo-absolutiva) a aquel idioma en el cual el sujeto de las construcciones intransitivas se marca de la misma forma que el objeto de las transitivas, y el sujeto de las transitivas se marca en una forma diferente. Este tipo de lenguas contrasta con las de tipo nominativo. Cuando las lenguas ergativas distinguen casos, el sujeto de un transitivo corresponde al caso ergativo y tanto el objeto directo del transitivo como el sujeto del intransitivo corresponden al caso absolutivo. Algunos ejemplos de lenguas ergativas incluyen el euskera, georgiano y muchas lenguas caucásicas más, varias lenguas mayenses en Guatemala y México, esquimal de Groenlandia y un número importante de lenguas australianas. A veces se considera la ergatividad como un fenómeno raro o remoto, principalmente por el hecho de que todas las lenguas europeas, a excepción del euskera, ya sean indoeuropeas como las urálicas, son de tipo nominativo-acusativo. Sin embargo, alrededor del 20% de las lenguas del planeta son predominantemente ergativas. Incluso algunas lenguas indoeuropeas de la rama indoiraniana. Entre estas lenguas están el kurdo kurmanji, pashto, hindi o el panajabi.

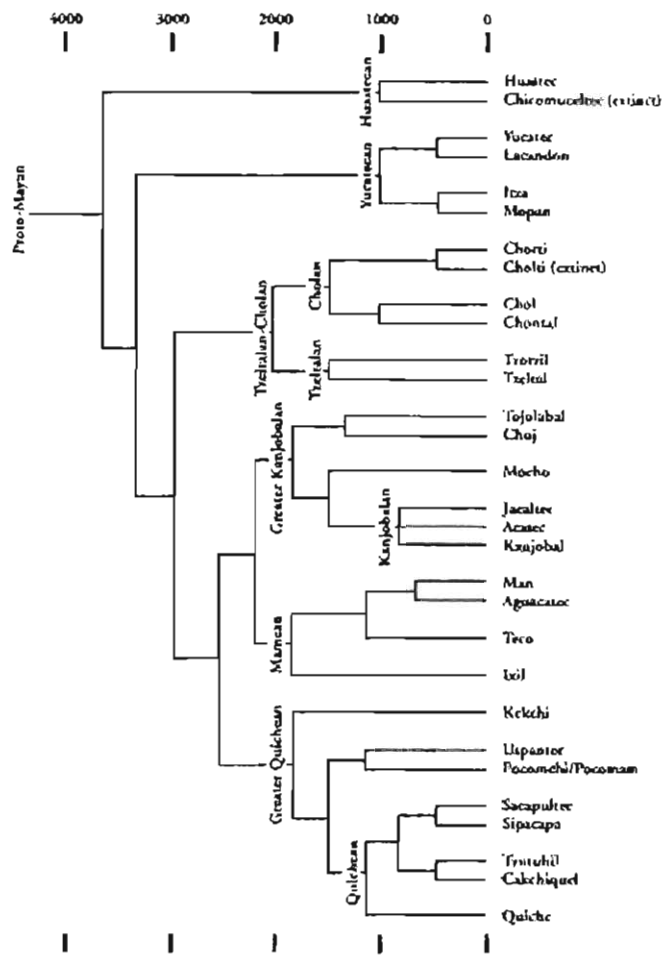


Diagramme 1 Relations entre les langues mayas dans la profondeur temporelle (d'après Sharer 1994, p. 585)

Figura 6. Relaciones entre lenguas mayas (Sharer, 1994).

La forma más simple para estructurar una frase es la siguiente: Verbo + complemento + sujeto. El sistema de numeración en la lengua tzeltal es vigesimal (se va contando a partir de múltiplos de 20), al igual como sucede con las demás lenguas mayenses, y en general, con las demás lenguas mesoamericanas. La razón obedece a que estas lenguas basan su sistema numérico a partir del número de dedos que posee el ser humano, de ahí que el número veinte se conozca también como *winik* (hombre ó genérico del ser humano), así 40 se dirá *cha'winik* (dos hombres o seres humanos), 60 será *oxwinik* (tres hombres o seres humanos), etc.

Los tseltales hablan de dos significados de la palabra tseltal:

- La construida a partir de la partícula *tseI* que se refiere a risa, sonrisa, contento, y *tal*, venir, o modo de estar viniendo, o modo de ser. Así que tseltal es quien viene contento.
- Otra construida a partir de la partícula *tseel* que significa el que vienen de lado o ladeando (Paoli, 2006).

CAPÍTULO 2. PROCESO HISTÓRICO DE LA PARTERÍA TRADICIONAL.

2.1 Panorama general de la ciencia médica nacionalista en el siglo XIX.

El oficio de partera es una ocupación muy antigua de la cual se tienen datos en todas las civilizaciones. Sus orígenes se remontan a los primeros estadios del hombre prehistórico, pero no es sino, hasta el siglo XV cuando se intenta regular el trabajo de las parteras imponiendo un examen a la interesada.

La medicina como práctica destinada a la sanación de hombres y mujeres ya existía en Mesoamérica desde antes de la llegada de los españoles; el uso de hierbas en forma de emplastes, vapores y brebajes era, básicamente, la manera de conseguir la curación de los enfermos, además de los cuidados espirituales ofrecidos a ellos. Con la invasión española, contrariamente a lo esperado en cualquier fenómeno de aculturación, la práctica médica mesoamericana no sufrió cambios sustanciales; de hecho, varias plantas de la vegetación mexicana fueron aceptadas en el Viejo Mundo y formaron parte de la farmacopea universal del siglo XVI.

La historia común entre España y sus colonias en América, indica un proceso que comienza a dictaminar sobre la ocupación de las mujeres que se dedicaban a recibir partos, pero es el Tribunal del Real Protomedicato en España quien intenta regular la práctica de las parteras por medio de un examen, sin embargo esa actividad es censurada debido a varias críticas. Es así como el oficio de partera se ejerció libremente hasta 1750.

Cuando la Medicina se instituye como ciencia en el siglo XVIII y comienza a irrumpir en el campo de las parteras, éstas se ven obligadas a tomar un examen por ley, para así obtener una licencia para el ejercicio de sus labores. Explica el historiador John Tate que el parto no era parte de la medicina: "En el siglo XVIII, por ejemplo, la opinión era que, en los partos normales, el trabajo podría ser ejecutado por personas capacitadas. Por lo tanto, entre la partera y el médico latino no se desarrolló la profesión de Obstetricia como una especialidad a la par de la medicina".

La profesión de comadrona comenzó a instituirse como competencia de la medicina científica en el siglo XVIII y desde ese momento comenzó también la subordinación de sus actividades. A partir de esa fecha el desarrollo de la profesión u oficio en cada uno de los países se despliega de acuerdo a sus propias particularidades.

En 1867, con la República restaurada, se inició una nueva etapa de la ciencia en México: la influencia del pensamiento positivista comenzó a permear la investigación científica nacional. Este contexto científico propició que los médicos mexicanos tuvieran puestos los ojos en la medicina europea e incluso que varios de ellos viajaran a Francia e Inglaterra para realizar sus estudios. Se muestra un afán por crear una ciencia médica nacional y el anhelo de institucionalizar una política de salud para fortalecer la relación ciencia-Estado en aras de lograr la hegemonía de un saber.

2.2 El cuerpo de las mujeres como “cobayas”. En la legitimación social e institucional de un saber médico insipiente.

El esbozo histórico anterior sobre las condiciones de la ciencia médica en el México ayuda a contextualizar el escenario en el que ocurrieron las incipientes experimentaciones médicas en los cuales los cuerpos de las mujeres fueron las “cobayas”.⁷

A lo largo del siglo XIX, tanto en Europa como en México, las autopsias se practicaban con mayor frecuencia en los cuerpos de las mujeres. La disección de los cadáveres constituía la única forma de estudiar la anatomía humana. Las prácticas médicas que más atrajeron la atención de los galenos de finales del siglo XIX fueron, en consecuencia, la obstetricia y la ginecología, porque estas áreas representaban una oportunidad constante para replicar los conocimientos traídos de Europa, así como de demostrar las modificaciones hechas por los médicos mexicanos a estos mismos métodos. La persistente práctica de extraer el útero en el momento de las autopsias, sin importar la causa aparente de la muerte, tiene su aval en la suposición de que la función reproductiva de la mujer la colocó en un lugar más cercano a la naturaleza del hombre.

Por último el proceso de institucionalización de la ciencia médica conllevó la creación de hospitales y, por consiguiente, el desplazamiento de las parteras, lo que trajo como consecuencia un aumento en la demanda del servicio médico por

⁷ *Cobaya* es el término que se emplea para designar a cualquier animal o persona que sea sometido a observación o experimentación.

parte de la población femenina. A la par de esta situación, la muerte de mujeres a causa de fiebre puerperal aumentó.

La mayoría de los médicos, cuyas prácticas estaban destinadas al cuidado de las mujeres, nunca habían auscultado un cuerpo femenino. Otros ni siquiera habían visto un parto. Esto fue el resultado no solo del desconocimiento acumulado a lo largo de la historia de la medicina, que data desde los egipcios, los griegos y los cristianos; también fue el reflejo de las ideas humorales asociadas al cuerpo de las mujeres. Bajo esta conceptualización habitaba el temor al contagio de enfermedades⁸ a partir del contacto con los fluidos y la humedad del cuerpo femenino. Por ejemplo, en la medicina hipocrática los médicos no tocaban el cuerpo de las mujeres. Éstos se basaban en el reporte de ellas para recetarlas, y sólo en casos extremos las auscultaban, aún así se tenían en cuenta ciertos cuidados, como realizar el tocamiento del cuerpo sobre una sábana.⁸ Entonces, eran las parteras quienes tocaban los vientres de las mujeres parturientas. Hasta bien entrado el siglo XIX las parteras se hicieron cargo del trabajo del parto; la obstetricia se hallaba en manos de las comadronas, aunque en situaciones límite los médicos eran llamados a auxiliar a las mujeres parturientas.

Desde 1870, los médicos se manifestaron en contra del ejercicio de otros saberes alternos a la medicina moderna, y reclamaron la reglamentación legal de la prohibición del trabajo de los curanderos. Al mismo tiempo los médicos hicieron

⁸ Esta negativa de los médicos para auscultar el cuerpo de las mujeres puede parecer que era por respeto al pudor de la paciente, pero también puede ser el rechazo a un posible contagio vía la emanación del miasma humoral de las mujeres.

uso de vías ilegales para excluir a los sanadores tradicionales; comenzaron a desacreditar su trabajo, principalmente el de las parteras, quienes se ganaban la vida atendiendo los partos tanto de las mujeres urbanas como rurales.

Una de las formas de atacar esta profesión en manos de las mujeres, y con ello lograr expandir su área de trabajo y acrecentar sus ingresos económicos, era imputándoles la alta mortalidad infantil mientras los datos de la mortalidad institucional se ocultaban.⁹ Otra estrategia para controlar la participación de las comadronas en el trabajo social fue a través de la apertura oficial de la carrera de parteras en la Academia de Medicina en el año de 1841. Desde esa fecha hasta el año 1888 se titularon 140 parteras. Dicha formación profesional promovió una discriminación positiva hacia las parteras con título, quienes adoptaban una actitud de subordinadas ante el médico. Esta relación entre médicos y parteras probablemente refleja la relación jerárquica entre hombres y mujeres al interior de la familia.

Las prácticas discriminatorias aseguraban, por un lado, la exclusión de las mujeres de un campo económicamente prometedor y, por otro, significaban el fortalecimiento de una elite de profesionistas pertenecientes a la clase media, quienes a toda costa defendieron su estatus y aspiraciones de imponer un saber médico hegemónico. La política en contra de las parteras representó una lucha de clases y de género por que las acciones dirigidas a arrebatar el control de un

⁹ Esta actitud hacia las parteras fue, durante el siglo XIX situación común y compartida por otros países de Europa (Alemania, Francia e Inglaterra).

campo de trabajo cuyo ejercicio extraoficial significaba una merma económica para los médicos. Además la descalificación estaba amparada en una relación jerárquica, en la cual los médicos actuaban bajo el principio del imaginario social a cerca del deber ser de las mujeres presente en la cultura a fines del siglo XIX.

Difícilmente las parteras podían tener acceso a los métodos empleados por los médicos por que no existía un intercambio de conocimientos ni un contacto entre ellos. En este sentido, los médicos eran los únicos responsables de los altos índices de muertes de mujeres parturientas atendidas en los hospitales, por la aplicación indiscriminada de métodos peligrosos tanto para la madre como para el hijo.

La represión de los médicos hacia el trabajo de las parteras sin título se fue agudizando conforme la medicina científica fortalecía su hegemonía. Este altercado entre médicos y parteras, no fue sino una lucha de clases y una disputa por el saber entre hombres y mujeres. Las parteras se convirtieron en las médicas del pueblo, cuya labor significó la posesión de un saber a cerca de la vida y la muerte. Este conocimiento relativizaba las razones que habían justificado el papel social de las mujeres, a quienes se les había excluido del saber.¹⁰

¹⁰ El aumento de la población en la ciudad propicio que los partos fueran atendidos por los médicos, quienes en su mayoría ejercían en la ciudad de México. Sin embargo, es probable que pese a los esfuerzos de los médicos por controlar la práctica de las comadronas, el trabajo de éstas tuviera una mayor cobertura que la de ellos, tanto en la ciudad como fuera de ella. No hay datos acerca de la distribución del trabajo de médicos y parteras en el siglo pasado.

2.3 La construcción moral y social de los médicos mexicanos.

Durante el siglo XIX, la medicina era una práctica de cristianos cultos, la cual estaba en estrecha alianza con la ley de Dios. La sanación de las parteras era considerada parte de, "la charlatanería y el oscurantismo". La procreación es una función fisiológica; no obstante los médicos han llegado a verla como una enfermedad. Por consiguiente, las mujeres parturientas han cargado con el estigma de enfermas. Probablemente la explicación demoniaca de la sexualidad femenina ofrecida por la iglesia católica tomo otros matices en el discurso de la medicina. Cuando la maternidad entro en el terreno de la mirada médica, ingresó al campo médico con el estatuto de enfermedad y su correspondiente nosografía. Desde este discurso higienista del cuerpo, las mujeres fueron consideradas enfermas en vez de pecadoras.

Podríamos decir que durante esta época el médico sustituyó al confesor. No obstante, la imagen del médico era comparable a la de un beato cuyo proceder se inspiraba en la gracia de un saber divino e incuestionable. Por esta razón, el médico representó un guardián para el mantenimiento del orden biológico, social y, sobre todo, moral. La medicalización del cuerpo se hizo más notoria a finales del siglo XIX y otorgó un poder casi demiúrgico al médico, cuyo juicio tenía gran peso en el orden moral. A partir de la laicización del control del cuerpo la vida de los individuos comenzó a ser regulada por la medicina. Ésta, prescribía el ejercicio de la sexualidad entre hombres y mujeres, la maternidad y sus cuidados, y la manera de parir. El cuerpo se tomó accesible a la mirada de las disciplinas e instituciones científicas. Sin embargo, siguieron repitiendo los mismos estereotipos

de la moral católica. Por ejemplo, los médicos mexicanos tuvieron la posibilidad de bautizar a los niños recién nacidos cuando peligraba su vida.

2.4 El siglo XX, modelos de desarrollo, políticas de sociales y su impacto en la atención a la salud.

Para entender las reformas del sector salud en América Latina, es necesario referirse a los cambios en los modelos de desarrollo y su impacto en las políticas económicas y sociales, en la segunda mitad del siglo XX y a partir de los 80's en México.

Las políticas neo-liberales y su receta para la región, las políticas de Ajuste Estructural (también conocidas como "reforma social" o de "primera generación"), dieron por resultado la concentración de ingreso, la apertura al capital financiero y extranjero y el desmantelamiento del Estado de bienestar (López y Blanco, 1993).

La crisis del modelo de "sustitución de importaciones", desatado en los años setenta, es explicada por autores como Carlos Vergara (2000) en relación con la incapacidad de las economías latinoamericanas de financiar el gasto social, impulsado por una política que ya se develaba deficitaria.

Otros autores afirman que el desmantelamiento del Estado garante del bienestar y de la protección social, se instrumento con el argumento de que la baja productividad y la espiral inflacionaria de los setenta, se debía al deficiente control

estatal en los asuntos económicos para generación de gasto social, lo que repercutía negativamente en la disponibilidad de capital para ser usufructuado por la inversión privada.

La recomposición del estado implicó entonces su "adelgazamiento", para dar lugar al "estado garante de libre mercado". Esto es, el ajuste estructural, pauta la transición del modelo de sustitución de importaciones al de la globalización (Vergara, 2000). En esta lógica, el recorte (selectivo) al gasto social en México se aduce a la necesidad de revertir el efecto del mecanismo distributivo impulsado por el Estado de bienestar. Así, una de las consecuencias del impacto de las políticas de ajuste estructural, es la reducción del gasto público y del gasto social, de los salarios y las remuneraciones, "En vez de gastos sociales, deben canalizarse recursos a la inversión; el gasto destinado al consumo social debe destinarse hacia los inversionistas privados". (López y Blanco, 1993). La repercusión de estos procesos, generalizada a América Latina, fue la intensificación y extensión de la pobreza, básicamente en las zonas urbanas.¹¹

Por otra parte, en México, el origen del Estado de bienestar se remonta al cardenismo (1934-1940) cuyo pacto social se basó en la reforma agraria, la educación socialista, la protección a la industria nacional, la movilización de masas campesinas y obreras y la creación de infraestructura (entre otros), más que en

¹¹ Se puede observar que entre 1980 y 1990 el nivel de la pobreza en el continente subió de 35 a 41 % del total de los hogares. Además en términos absolutos, las personas pobres aumentaron de casi 136 millones en 1980 a algo más de 200 millones en 1990. Cabe agregar que este aumento de la pobreza fue un fenómeno básicamente urbano. De los casi 65 millones de nuevos pobres, 60 millones (92%) eran de origen urbano" (Vergara, 2000).

instituciones de bienestar (López y Blanco, 1993). Sin embargo la puesta en escena de la política neoliberal¹² no ocurre sino hasta principios de los ochenta, en el contexto de la profundización de la crisis económica de la Deuda Externa en la década anterior.

La nueva política social, que tiene como uno de sus ejes centrales el combate a la pobreza (que corresponde con la primera fase del nuevo modelo de desarrollo), paradójicamente se sustenta en un proyecto modernizador que desarticula los compromisos del estado benefactor al respecto de las obligaciones que éste tiene de proporcionar bienes y servicios a la sociedad y de garantizar el cumplimiento de los derechos sociales avalados en la Constitución. Se redefinen los vínculos entre sociedad y Estado para hacerlos concordantes con la manía modernizadora.

Los componentes distintivos de este arsenal neoliberal son:

“Desplazamiento de la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales constitucionales (salud, educación, empleo, etc.) para los individuos o grupos; asistencia selectiva a los grupos de mayor marginación (combate a la “pobreza extrema”) mediante los servicios públicos de bajo costo; privatización de la producción estatal de bienes y servicios que conduce a una disminución del peso relativo del sector público respecto del privado y, desregulación que privilegia la ética privada sobre la pública” (López y Blanco, 1993).

¹² Las características económicas de este modelo son: integración cada vez más orgánica a la economía norteamericana, sujeción los organismos internacionales de apertura al expansionismo de los EUA (GATT, FMI, BID, etc.), privatización y modernización selectiva de la planta industrial, desarrollo de empresas de “punta” (por ejemplo, telecomunicaciones, petroquímica, siderúrgica) altamente tecnificadas y ligadas al extranjero y reforzamiento de la actividad maquiladora (Calderón 1988 citado por López y Blanco Gil 1993).

El concepto de pobreza avalado por la política social de primera generación, surge de manera descontextualizada de todo proceso social e histórico, desvinculándolo de sus factores condicionantes, como las políticas económicas. Por el contrario se le entiende como una sumatoria de carencias susceptibles de ser cuantificadas, que puede ser abatida por medio de subsidios directos (que se sustentan en la política de "focalización del gasto", en contraposición del sistema de carácter universal) y rendimiento eficaz y efectivo (Vergara, 2000).¹³

En el contexto de reestructuración de las políticas sociales, también se modifica la relativa a la salud. Resultado de esta es la creación, en los ochenta, del Sistema Nacional de Salud (SNS) (llamada Reforma Sanitaria) que con el objeto de hacer más eficiente, eficaz y racional los servicios y recursos, alcanzar la cobertura nacional pero especialmente atender a los grupos de población más rezagados y mejorar la calidad de la atención, hace uso de cinco estrategias:

- Participación comunitaria
- Modernización administrativa
- Sectorización
- Coordinación intersectorial
- Y descentralización.¹⁴

¹³ Por eficacia se entiende gastar pocos recursos disponibles en quienes efectivamente los necesitaban; por eficacia, ejercer un efecto sobre aquellos indicadores que definían el fenómeno de la pobreza (mortalidad infantil, desnutrición, matrícula escolar, empleo, calidad de vivienda, etc. (Vergara, C, 2000).

¹⁴ Se pensaba que esta estrategia permitiría revertir las inequidades existentes entre las regiones, la ampliación de cobertura, la mejoría en la calidad por medio de la racionalización del gasto y el abaratamiento de los costos. La descentralización se operó en las instituciones de atención a población abierta, sin seguridad social y el Programa IMSS- COPLAMAR, se descentralizó la administración presupuestal, entre otros (López y Blanco Gil 1993).

Ante la insuficiente capacidad de generar las condiciones que hagan factible el derecho constitucional de protección a la salud (como derecho individual),¹⁵ mediante la producción de servicios por ejemplo de atención a la Salud Reproductiva, es que interpreto este traslado de responsabilidades.

Para la década de los noventa la modernización sanitaria sigue su curso; en el Programa Nacional de Salud 1990-1994 se observa el retraimiento del Estado con respecto al financiamiento, que deriva en el traslado de los costos de la atención medica, a la población que los demanda, es decir, en una forma de privatización.

Si en la primera fase del modelo impulsado por las políticas de ajuste estructural, la política social se focalizo en el abatimiento de la pobreza, en la segunda, que empieza en los noventa (conocida como de "posajuste") el objetivo medular es conseguir la *equidad* que desde la perspectiva neoliberal significa "enseñarle" a la sociedad a invertir en sí misma y en su salud.

"Lograr la equidad no es otra cosa que ofrecer mayores y mejores oportunidades para todo el mundo, lo cual es posible solamente cuando la economía ha tenido un crecimiento sostenido. Desde el punto de vista del desarrollo social futuro, la cuestión va mucho más allá del volumen total de la inversión en la economía y guarda relación, mas bien, *con el destino y la distribución de los frutos del crecimiento y de la mayor productividad*. Entre otras palabras, la inquietud central es cómo y cuánto debe invertir la sociedad en sí

¹⁵ Ejes de la reforma del artículo 4to Constitucional, que eleva a garantía social este derecho, a la vez que estipula la obligación compartida de la federación y las entidades federativas, base jurídica de la descentralización del sector. (SSA 1983, en López y Blanco Gil 1993).

misma y en su propio futuro, en el entendido que los segmentos más vulnerables deben ser destinados de una mayor proporción de la inversión social” (Vergara, 2000).

Se plantea entonces un doble problema, por una parte el que enuncia la contradicción de un modelo de desarrollo que no puede hacer compatibles los ideales de crecimiento económico y de bienestar social (OPS/OMS/FEPAFEM 1993) y por otra, el problema de las políticas sociales (que tienen como eje la equidad) generadas para paliar las consecuencias de la inequitativa distribución de los beneficios y frutos del desarrollo, que se enfrentan con la “carencia” de instituciones que puedan respaldarlas.

2.5 Atención primaria a la salud.

La declaración de Alma Ata en 1978,¹⁶ tiene como meta social y política la “salud para todos en el año 2000”, en función de la cual contempla el impulso a la Atención Primaria a la Salud (APS) y como estrategias para su consecución la participación comunitaria, cuyo objeto es desarrollar alternativas para satisfacer las necesidades en cuanto a salud se refiere. En este escenario es que se piensa en la inclusión de las parteras y demás actores representantes de la medicina tradicional como parte del fortalecimiento del proyecto de APS (Hernández y Fernández, 1990).

¹⁶ Esta declaración es producto de la conferencia convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

La definición del concepto de APS expuesto VI punto de Alma Ata, dice:

“la atención primaria a la salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (OMS, 1978).¹⁷

Los cuatro principios rectores de APS reconocidos y aprobados en Alma Ata fueron:

1. Acceso universal y cobertura basada en las necesidades expresas de salud de la comunidad.
2. Compromiso, participación y autosuficiencia comunitaria individual.
3. Acciones intersectoriales para promover la salud.
4. Efectividad en los costos y tecnología apropiada en la medida que los recursos disponibles (PAHO/WHO, 2003).

Estos principios, en vinculación con la meta de “salud para todos en el año 2000”, intentaron una renovación sustantiva en el enfoque de salud pública; desde la perspectiva hegemónica la salud podía ser atendida básicamente con acciones preventivas y reparativas, de bajo costo, focalizadas a la enfermedad, dirigidas a las sectores periféricos de la población y con programas paralelos y poco participativos (Tejada de Rivero, 2003).

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, (OMS, 1978).

Aunque el espíritu de Alma Ata y de la APS era contrario a este enfoque de la atención médica reparativa, el autor (que fue el subdirector general de la OMS de 1974 a 1985), dice que sin embargo el concepto de la APS se tergiversa muy temprano como consecuencia de una errónea interpretación de la meta "salud para todos en el año 2000", cuyo sentido original era que los países establecieran una serie de compromisos y responsabilidades para garantizar la salud de sus ciudadanos; esta obligación obedecía a la definición de la salud como un derecho humano fundamental y que por lo tanto los estados deben instrumentar políticas, estrategias, planes y programas para que su realización sea efectiva, pero que además, -y de manera crucial- la realización de la meta social y en ella de este estado de bienestar general, también llamado salud, tiene que ser impulsada, promovida intersectorialmente, con el compromiso del Estado en su conjunto no solo del sector salud (Tejeda de Rivero, 2003).

Los componentes prioritarios en los que se basó la implementación de APS fueron:

- Expansión de cobertura de servicios de salud.
- Organización y participación comunitaria.
- Creación de vínculos intersectoriales.
- Investigación y desarrollo de tecnologías apropiadas.
- Disponibilidad y producción de productos y equipo crítico.
- Entrenamiento y utilización de recursos humanos.
- Financiamiento sectorial.
- Cooperación internacional (PAHOWHO, 2003).

Centraremos el análisis en el que fuera el bastión más exaltado de la Atención Primaria a la Salud, la participación comunitaria.

“Existe un verdadero entramado de correspondencias ideológicas entre el desarrollo comunitario rural y la atención primaria a la salud. En realidad es el conjunto de la intervención del mundo occidental en los países ocupados por los colonizadores o en los poscoloniales, el que, de una u otra manera, está implicado en esta historia de las ideas y las prácticas de desarrollo y de la participación” (Fassin, 1999).

Esta cita resulta interesante para generar el debate, porque cuestiona el sentido ético y político de la participación promovida por la APS. En primer lugar, la participación comunitaria que se promueve en Alma Ata como estrategias de la Atención Primaria a la Salud, es descrita como el proceso en que los individuos y las familias, asumen la responsabilidad del cuidado a su salud y bienestar, así como de construir capacidades para fomentar su desarrollo económico y comunitario, para reflexionar sobre sus situación y resolver sus necesidades comunes ser “agentes de sus propio desarrollo”, pero también alude al compromiso institucional de informar sobre posibles consecuencias adversas o favorables de los proyectos que promueve así como de sus costos relativos (OMS, 1978).

La constante reiteración en el autocuidado, o en que los individuos de manera personal o por medio de la organización colectiva se responsabilicen de su salud, puede ser interpretada en dos sentidos, por una parte esta postura es

característica del Banco Mundial, que aboga por la reducción del papel del sector público y traslada la responsabilidad a los demandantes de los servicios. Desde otra óptica, se impulsa la participación por ejemplo, a través de trabajo voluntario, o a bajo costo, o pagando por los servicios de salud, en cuotas de recuperación, con donaciones de terrenos, materiales, etc., cuyo propósito es deslindar al Estado de sus responsabilidades de destinar presupuestos y ofrecer los servicios públicos a la población; desde esta postura existe una relación entre las formas de privatización política y la participación (Ugalde, 1999).

Una segunda interpretación es que la promoción de la participación se justifica como potencial generador de poder en la comunidad, poder para decidir, negociar, controlar, evaluar, proponer sobre los contenidos, recursos y procesos en general.

Varios autores coinciden en señalar que el concepto de participación, en los discursos del desarrollo ha connotado más la cooperación que el control por parte de la comunidad hacia los proyectos externos que buscan inducirlo. Es decir que quien fija los criterios para determinar si la comunidad es participativa, o de qué manera serlo y que resultados hay que obtener de eso, no han sido los propios actores comunitarios, sino quienes otorgan los recursos y el financiamiento.

En el periodo posterior a la segunda guerra mundial los países desarrollados utilizan criterios como la desnutrición y la morbi- mortalidad para clasificar la geografía del subdesarrollo; paralelo a esto se promueve el desarrollo del tercer

mundo a través de una estrategia, que en determinados contextos es llamada recurso, la participación social.

En este sentido es que se entiende la participación social como un proceso de interacción social, que en sí mismo no es significativo de conflicto, sino en la medida en que se desarrolla en el entrecruce de relaciones entre grupos cuyas intereses no necesariamente son convergentes. Son los actores que asignan sentidos, valoran, sancionan y con esto se posicionan en la interacción, los que determinan el cauce de la participación, definen sus modalidades, sus objetivos y criterios. Este carácter contingente de la participación precisa entonces una delimitación contextual que permita dilucidar los grupos componentes de la interacción y cómo es que en esta interacción significan la participación. Por tanto no podemos hablar de participación social en abstracto.

2.6 Políticas de los organismos Internacionales sobre los Médicos tradicionales.

A raíz de la reunión en Alma Ata en 1978 y la reflexión sobre la "Salud para todos en el año 2000"; la figura de los Agentes de Salud Comunitarios comienza a surgir como un recurso necesario para el Sector Salud, para los Estados y para los Organismos Internacionales (OMS¹⁸, OPS¹⁹). Una de las estrategias a raíz de la conferencia de Alma Ata es retomar el papel de los curanderos tradicionales. A

¹⁸ Organización Mundial de la Salud.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud.

éste respecto se pronuncia una posible intersección de ellos con el personal de salud:

“En casi todas las sociedades hay curanderos y parteras tradicionales. Suelen estos formar parte de la comunidad, la cultura y las tradiciones locales, y en muchos lugares siguen gozando de gran consideración social, lo que les permite ejercer una influencia considerable sobre las prácticas sanitarias de la localidad. Con el apoyo del sistema oficial de salud, ese tipo de personal indígena puede llegar a ser un colaborador importante en la organización de las actividades para mejorar la salud de la comunidad. Es posible que algunas colectividades los designen para la prestación de atención primaria en el nivel local y, en consecuencia, se deben explorar las posibilidades de incorporarlos a las actividades de atención primaria de salud, dándoles el adiestramiento correspondiente”.²⁰ Es así como comienza a diseñarse toda una política respecto a la formación, supervisión, evaluación, función y prácticas de curanderos y parteras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) como líder de la propuesta comienza por publicar una serie de documentos (manuales en su mayoría) destinados para todos los países “en vías de desarrollo” para capacitar y supervisar el trabajo de la Auxiliar de Maternidad Tradicional (AMT), término que comenzará a utilizarse para denominar a las parteras. La OMS define así el término: “Una persona (por lo general una mujer) que ayuda a la madre en el parto y que originalmente adquirió

²⁰ Informe de la Organización Panamericana de la Salud, Alma Ata, 1978, p.p. 72-73.

sus habilidades atendiendo a partos por sí misma, o trabajando con otros auxiliares de maternidad tradicionales".²¹

Para los curanderos tradicionales (hierberos, hueseros, etc.) la OMS no define una estrategia tan concreta como la de las parteras. La incorporación de éstos en la Atención Primaria de Salud, queda a cargo de cada uno de los sistemas estatales de salud. México, es uno de los pocos países latinoamericanos que implementa un programa de interrelación entre bio-medicina y Medicina tradicional para la incorporación de los curanderos. El proyecto queda bajo la dirección del IMSS²²-Coplamar²³ y del INI²⁴, en la región de Chiapas. La puesta en acción de este programa dio una nueva perspectiva a la práctica curativa indígena ya que se reconocieron oficialmente a los médicos tradicionales (término utilizado para agrupar a: iloles, parteras, hierberos, hueseros y rezadores de los cerros).

Sin embargo, para las parteras o auxiliares de maternidad tradicionales (AMT), sí se establecen programas y estrategias concretas dictadas de parte de diversos organismos internacionales, razón por la cual existe una variedad de definiciones y clasificaciones para éstas. Se utiliza el término de partera acompañado de uno o más adjetivos para diferenciar los diversos tipos de parteras:

²¹ Johns Hopkins University. "Las parteras tradicionales y la planificación familiar" serie J, Número 22, 1981.

²² Instituto Mexicano de Seguridad Social.

²³ Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con las actividades de Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

²⁴ Instituto Nacional Indigenista.

- **Partera tradicional:** Mujeres que han adquirido sus conocimientos por medio de la transmisión oral de la memoria colectiva de elementos arraigados en una cultura ancestral, y que no han sido capacitadas por el sistema de salud estatal.
- **Partera empírica adiestrada:** Mujeres que han sido capacitadas por una institución de salud para ejercer las actividades de auxiliar de maternidad tradicional, sin previa experiencia en la atención de embarazos.
- **Partera empírica no adiestrada:** emerge como agente de núcleos sociales inestables (por migración, tenencia de la tierra, trabajo, etc.) y se caracteriza porque no posee ni los de la partera empírica adiestrada y respaldada por el sistema oficial de salud.

Con base en las políticas anteriores planteadas en el país, podemos mencionar que existe una articulación desigual entre varios modelos médicos, ésta responde a diferentes planteamientos teóricos que tratan de entender una cultura médica de la partera, que se mueve en dos esferas diferentes: Por una parte, aquellos saberes considerados como “tradicionales” surgidos desde el ámbito sociocultural (no académico) que se han constituido sobre bases primordialmente empíricas, ideológicas y filosóficas e incluso religiosas, aceptados comunitariamente, llegando a ser instituciones en sí mismas. Por otra parte, también incorpora (por efectos del proceso de la capacitación dirigida) saberes que provienen y son reconocidos por la práctica médica académica “científica”, alopática, constituido desde las disciplinas bio-médicas y que en la actualidad es dominante en los

sistemas de atención de los países occidentales. Y que a partir de esa articulación comienza un proceso de re-socialización entre las dos esferas de saberes, prácticas e ideologías.

2.7 Programas nacionales referentes a la partería tradicional.

En nuestro país, los bajos índices de cobertura por parte del sector estatal de salud, como en la mayoría de países subdesarrollados y la crisis generada a raíz de una costosa infraestructura y una alta tecnología en la atención curativa biomédica, llevan a profesionales de la salud y planificadores a volcar de nuevo su atención en las parteras.

En los últimos 30 años han existido programas de capacitación de parteras en México, el contenido de estos se dirige a esfuerzos para que las parteras se conviertan en agentes activos de control de la natalidad, ya que ello es un recurso indispensable para el control de embarazos y partos. Uno de los logros que creen las organizaciones oficiales que tuvo estos programas ha sido la instauración del 18 de junio como el Día Nacional de la Partera Rural y que las parteras reciben un beneficio económico cuando asisten y cumplen con las actividades del programa de capacitación.

Los programas de capacitación de parteras han tenido varios efectos. En primer lugar, existe un problema de autoridad y credibilidad respecto de la experiencia, ya que el personal que imparte las capacitaciones es mucho más joven que las

parteras; otro problema que se presenta es la imposición de conocimientos y prácticas totalmente ajenas al saber tradicional, incluyendo el idioma que no sólo es una forma de comunicación sino un proceso de entender y significar la vida.

Las experiencias de "atención primaria" se remontan a los años veinte, pero focalizadas en el sector educativo. A mediados de la década de 1960, el lema del gobierno de Díaz fue: "Orden, Paz y Progreso"; el progreso no se podía dissociar de un crecimiento poblacional y de una población sana capaz de incorporarse a los mercados de trabajo, que llevara a la nación a ocupar un lugar importante en el mercado mundial. Con esta política, la salud de las mujeres en edad fértil cobra importancia debido a que son las reproductoras de la fuerza de trabajo: base fundamental y generadora de un desarrollo económico.

Es hasta fines de la década de los setenta, que el Estado dispone de recursos económicos para impulsarla en relación con el sector salud, ejemplo de esto fue la inversión dada al programa IMSS- COPLAMAR,²⁵ que en poco tiempo instala 3 mil unidades aplicativas en salud, dando atención a 12 millones de personas²⁶ en las zonas rurales más marginadas del país; en este programa y con base en los planteamientos de APS, se trabajó conjuntamente con los recursos tradicionales para la salud, recuperando saberes y prácticas locales (Menéndez, 1987).

²⁵ Coordinación General del Plan de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados.

²⁶ El autor menciona que la estimación de la población cubierta por el IMSS-COPLAMAR fluctúa entre 10 y 14 millones.

El interés institucional por las parteras rurales está ampliamente documentado por autores cuya formación proviene de diferentes disciplinas; para los estudios con enfoque en sistema de salud el vínculo entre las parteras y las instituciones se explicaba como positivo, manifestando que "la práctica de las parteras puede ser mejorada por medio de cursos de capacitación" (Good, 1996). Desde una perspectiva social, se explica que la capacitación a parteras:

"Se desarrollo como una estrategia desde los organismos institucionales y nacionales de salud, la extensión de cobertura en la Atención Primaria a la Salud, desde la cual las parteras adquirieron importancia para los servicios de salud. Las parteras así, comienzan sobre todo en la década de los setenta, a cobrar notoriedad, viéndoseles como un recurso para la atención en sus comunidades, incorporándola a los servicios de salud en una relación subordinada, donde se les utiliza sin que se les reconozca" (Luna, 2001).

En esta misma tónica encontramos estudios como los del antropólogo Aguirre Beltrán, que en el siglo pasado analizaba, la problemática de la relación de la medicina institucional, hegemónica y la tradicional, desde una perspectiva culturalista. Este autor reflexiona sobre la adopción de la medicina institucionalizada como modelo de desarrollo occidental a seguir, analizando la experiencia de implementación del proyecto IMSS-COPLAMAR iniciado en 1979. Para él ésta representa un ejemplo de aculturación en el ámbito de la medicina, en el que tanto el modelo de organización asistencial, la tecnología, medicamentos y demás arsenal fueron importados, previstos desde una lógica ajena a las necesidades existentes y a la estructura social y que denota la preocupación por

integrar en un solo proyecto de escala nacional una diversidad homogeneizada o . en todo caso omitida (Aguirre Beltrán, 1987).

En 1977 durante el sexenio de José López Portillo, el IMSS cumple una función importante en el marco de las nuevas políticas de planificación familiar creando una jefatura de Servicios de Planificación Familiar que debían atender al 57% de las nuevas usuarias de métodos anticonceptivos, tres años después su cobertura se amplía dando el servicio de planificación no solo a derechohabientes sino también a la población abierta,²⁷ por otra parte capacita a 14.600 parteras empíricas, cuyos servicios cubrían la demanda del 30 % de la población en el medio rural (Espinoza y Paz, 2000).

El IMSS-COPLAMAR (posteriormente transformado en IMSS-SOLIDARIDAD) nace entonces con el propósito de prestar servicio a la población más desfavorecida, en extrema pobreza, habitantes de las zonas rurales más alejadas. Sus funciones y acciones consistían en atención primaria, preventiva, provisión de métodos anticonceptivos (como parte del programa de "planificación familiar") y capacitación a auxiliares o promotores, pero también ampliando la cobertura e infraestructura, pues se crean 74 hospitales rurales y unidades médicas (Espinoza y Paz, 2000).

²⁷ Las instituciones públicas de salud que atendían a la población abierta ("nada habientes") eran: Secretaría de salud, IMSS-Solidaridad y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); las instituciones que les brindaban servicios a los derechohabientes era: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (ambas representan las principales instituciones de seguridad social), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y la Secretaría de Marina.

Si para el caso de IMSS-COPLAMAR mencionamos el análisis de Gonzalo Aguirre Beltrán, sobre la aculturación como práctica de dominación, en el IMSS-Solidaridad encontramos, un discurso reivindicativo de la pluralidad cultural y cuyos principios rectores son el reconocimiento, el respeto y la posibilidad de autodefinición del desarrollo comunitario (IMSS-Solidaridad).

En el documento referido se le que las iniciativas que esta institución promueve, se sustentan en el convenio sobre pueblos indígenas y tribales organizado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) EN 1989, que el artículo 25 referente a la seguridad social y la salud dice:

“Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales” (IMSS-Solidaridad, 1989).

A continuación hace una serie de compromisos para que el trabajo de las parteras y los médicos tradicionales sea acorde con los principios mencionados; entre estos compromisos se menciona evitar la discriminación y el servicio inadecuado; adecuar los servicios a las necesidades de la comunidad; no obligar a los miembros de esta a que realicen actividades como promotores o auxiliares; facilitar el vínculo con las instituciones, por ejemplo, en caso de canalización, otorgando credenciales o identificaciones; suministrar el material necesario de

curación; apoyar la terapéutica tradicional con recursos de las Unidades Medicas Rurales (UMR); evaluar el trabajo conjunto. Paralelo a estos compromisos, pide a las parteras y demás actores de la medicina tradicional se comprometan a: contribuir en el proceso de intercambio de experiencias y capacitación para mejorar el desempeño de las UMR; cuidar de la salud de los miembros de la comunidad apoyándose de los servicios y equipos de salud; apoyar las actividades de saneamiento; y evaluar los avances y beneficios del trabajo con la institución (IMSS-Solidaridad, 1989).

En esa misma década la Secretaria de Salubridad y Asistencia crea una serie de programas para trabajar el tema de la planificación familiar, que acorde a la declaración de Alma Ata, tienen como estrategia principal la participación comunitaria; con respecto a los servicios de salud se crea el Programa de Extensión de Cobertura y para otorgar el servicio específico de planificación familiar, el Programa Comunitario Rural, estos dos se fusionan en 1979 formando el Programa de Salud Rural cuya cobertura es de 11, 000 comunidades y que representa la síntesis entre planificación familiar y APS.

Entre 1980 y 1984 la Secretaria de Salubridad y Asistencia sufre una serie de cambios que tienen consecuencias en varios sentidos, por una parte se suspende el complemento económico que se les daba a los "encargados de la comunidad", lo que se traduce en el decremento de la cobertura de comunidades (pasa a 10,000), por otra, el programa pasa a depender de los poderes estatales.

Esta situación cambia en 1985, puesto que bajo la estrategia conocida como "Extensión de Cobertura", las comunidades rurales reciben los servicios de salud, en una situación de restitución del complemento económico para quienes hagan trabajo comunitario de dotación de medicamentos y métodos anticonceptivos, y de reestructuración de estrategias participativas y de organización comunitaria.

Así, se forman "módulos" que son grupos de 10 de comunidades con un responsable, en cada comunidad se designa un "encargado de comunidad" o "auxiliar de salud" (que está bajo coordinación del responsable del modulo), cuyas funciones son proveer de servicios básicos de salud y distribuir métodos anticonceptivos y "Comités de Salud" compuestos por tres o cuatro miembros de la comunidad, que apoyan el trabajo de la auxiliar de salud (Castro y Hernández, 1992).

Para 1987, la SSA manifiesta en el Programa de Participación Comunitaria en Salud, la necesidad del trabajo conjunto, individual y colectivo, con los diferentes actores comunitarios, así como de los vínculos con los recursos de la medicina tradicional.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, está presente la propuesta proveniente de la SSA, de operacionalizar esta demanda en un instrumento concreto que permita fortalecer la estrategia de APS: el Modelo de Atención para la Población Abierta (MASPA), cuyo objetivo era proveer servicios básicos de salud, apoyándose en acciones de prevención, educación y asistenciales, que

enfataran y promovieran la participación comunitaria. Desde esta perspectiva las localidades de más de 1 000 y menos de 2 500 habitantes, debían contar con una infraestructura consistente en Centros de Salud Rural Dispersos (CSR), el Programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (ECC) y Unidades Médicas Rurales (UMR) coordinadas por el IMSS- Solidaridad.

Entre otras características el MASP representaba una instancia "intermedia" y vinculativa entre el personal especializado (con educación formal) de Atención Primaria a la Salud y el personal de la comunidad que trabajaría voluntariamente (como los auxiliares de salud) apoyado por personal especializado, pero "desvinculado de la operación normal de las unidades de salud" (Herrada y Fernández, 1990).

La participación comunitaria en el proceso de planeación, ejecución y evaluación de programas concernientes a la salud es un principio presente desde los ochenta,²⁸ que sustenta en la idea de transformación y fortalecimiento de la estructura de los servicios de salud, así como su impacto en la población, dependen de la participación de diversos actores comunitarios, tanto los que reciben apoyo temporal y periódico por parte de diferentes instituciones, como los que se les percibe como "recursos de la medicina tradicional", parteras, hueseros, curanderos:

²⁸ Plan Nacional de Desarrollo 1984, 1994, OMS, Séptimo Programa de Trabajo, Ginebra 1982; SSA, Programa de Participación Comunitaria en Salud, 1987 (Herrada y Fernández 1990).

“Paralelamente a la integración de estos dos personajes (auxiliares de salud y promotores voluntarios) se contempla un proceso de acercamiento y coordinación con los recursos de la medicina tradicional, ampliamente difundida en el medio rural, lo que permitirá una comprensión más clara de la nosología y terapéutica de dicha práctica (...) Es deseable que las parteras y otros recursos de la medicina tradicional puedan fungir como auxiliares de salud o promotores voluntarios dada su estrecha vinculación con la comunidad (SSA, MASP 1985, citado por Herrada y Fernández, 1990).

Los grupos de atención prioritarios son los niños menores de 5 años y las mujeres, desde la lógica que estatuye que con el fin de mejorar la salud y garantizar la sobrevivencia infantil, también debe promoverse la salud de la madre, puesto que se concibe a la mujer como “la depositaria de salud de toda la familia” (Pérez Gil, s/f), pero donde contradictoriamente ellas son las que menos recurren a los servicios de salud.

De acuerdo al autor algunas de las experiencias de APS en México (como los “Paquetes Mínimos de acción aplicativa”), se caracterizan por utilizar modelos explicativos para entender los procesos de salud-enfermedad, que definen y por tanto refuerzan, el rol de la mujer en relación con su función reproductiva, sustentando las explicaciones al respecto del trabajo que esta desempeña en relación con la maternidad con base en argumentos biologicistas que la definen como connatural a su ser. En esta misma línea de argumentos, la mujer solo se visibilizaba en el binomio madre-hijo y por ello mismo las responsabilidades en el

plano del proceso enfermedad-salud, así como las acciones dispuestas para garantizar su plena evolución, recaen en ella. .

Desde la perspectiva del autor, en las investigaciones de salud pública, las mujeres no han sido temas de interés más que en relación con asuntos como el control de la natalidad o "maternidad responsable"; es decir en consideración con las múltiples responsabilidades de que son sujeto en APS.

Más recientemente en el Programa Nacional de la Mujer²⁹ (Pronam) 1995-2000 también se observa que dentro del conjunto de prioridades está la de "promover la participación comunitaria y de organismos de la sociedad civil en el cuidado de la salud y en la formulación, seguimiento y evaluación de los servicios" (Espinoza y Paz 2000:73).

Sin embargo podemos preguntarnos si la implementación de estos programas ha sido producto de la apropiación por parte de las mujeres "beneficiarias" del proceso de decisión de la prioridades, los contenidos, la definición de las necesidades y las estrategias para resolverlas, de los criterios de consideración de su éxito, de la evaluación de sus fracasos y logros y en general de la determinación del contenido mismo de la salud reproductiva.

²⁹ Creado en 1980 con el nombre de Programa Nacional de Integración de la Mujer al Desarrollo, en el marco de la CONAPO, tenía como objetivo la formulación e implementación de un Programa Nacional de Integración de la Mujer al Desarrollo de acciones (Aranda 2000).

Para analistas del tema de las políticas públicas como Josefina Aranda (2000) esto no sucede, el escenario se presenta desolador, ni siquiera en los Planes de Acción instrumentados para hacer realidad los Planes de Desarrollo, que prometen una perspectiva de género³⁰ para analizar la situación de la mujer, están presentes como sujetos capaces de determinar las condiciones que es necesario garantizar para alcanzar su bienestar:

“(…) hasta la fecha no ha habido una política integral y de alcance nacional, que surja del análisis de las causas que generan la situación de subordinación genérica de las mujeres campesinas y que plantee la diversidad de condiciones que se viven en el campo” (Aranda, 2000).

Esto nos indica que la demanda por la consideración de las mujeres como sujetos participantes en la determinación, control y evaluación de las acciones, políticas, programas que les incumben (porque así ellas lo deciden), no es restrictiva del campo de la salud (como el propio discurso institucional parecería quererlo señalar), sino que es una demanda manifestada en el contexto del fortalecimiento de la ciudadanía, de la redefinición misma de lo político, como proceso incluyente y en oposición a la tendencia de enunciar medidas dirigidas a atender el problema de la “condición” de las mujeres, pero sin precisar objetivos, metas, recursos, instrumentos, presupuestos, pero sobre todo sin partir de su voz, de su opinión para definirlos.

³⁰ Se refiere al plan de Acción promovido por el ex presidente Dr. Ernesto Zedillo (1994-2000).

2.8 La Partería Tradicional en Chiapas.

Las parteras son sujetos fundamentales en la salud en las comunidades rurales, además de tener un papel en la disminución de la muerte materno-infantil en México. En algunas regiones del Estado de Chiapas, atienden hasta el 90% de los partos y controles prenatales son atendidos por parteras, por lo que son consideradas autoridades morales, consejeras, apoyos y sanadoras, ya que gozan de la confianza de las mujeres, son el puente entre las instituciones y las mujeres de sus comunidades.

El conocimiento de las parteras varía según la región donde vive. Su don de partera y su intuición la ayudan a crear una relación única e íntima con cada madre y recién nacido en su cuidado. Integran a su conocimiento el uso de hierbas, plantas, diversos tés, baños de inmersión, baños de sudoración, sahumerios, enemas y masajes. Aprende la mínima intervención y conoce de maniobras especiales para trabajar los partos más difíciles. Práctica la higiene, apoya el amamantamiento y protege a la madre con su presencia, consejos y rezos. La partera tradicional considera el parto un evento natural o una ceremonia. (Bonfil, 1999)

Por otro lado según Bonfil; las parteras han desarrollado un saber curativo y preventivo apoyado básicamente en el conocimiento de su entorno natural y de la psicología cultural de los individuos; recurren a todos los medios a su alcance para atender al paciente dentro de un enfoque integral para restaurar el equilibrio, echan mano de agentes terrenales y sobrenaturales, de los seres de la tierra, del

agua y el aire y también de los espíritus bienhechores y poderosos que protegen la existencia humana; así cada aspecto de la salud y la enfermedad tiene un referente mágico-religioso, un simbolismo asociado y una curación prescrita.

Bonfil sostiene que la práctica curativa y terapéutica, la práctica cuidadora de las mujeres en el medio rural, se divide en dos campos: la medicina tradicional profesionalizada y la medicina doméstica. Con respecto a la segunda, las mujeres la practican como parte de sus funciones, como encargadas del cuidado familiar. La atención a las dolencias más frecuentes de los integrantes de la unidad doméstica es una de sus tareas reproductivas y en muchos casos, esos cuidados cotidianos constituyen el primer paso a la recuperación de la salud, por lo que la salud constituye un campo aceptado.

Las parteras han tenido un papel fundamental en la disminución de la muerte materna que ha sido un problema de estado³¹. La morbimortalidad materna es prevenible en la mayoría de los casos mediante una atención adecuada durante el embarazo, parto y puerperio, siempre y cuando las estrategias de atención de la salud sean adecuadas para las regiones y que consideren a los diferentes actores en los niveles de atención.

Para las parteras el conocimiento fisiológico del embarazo, parto y puerperio forma parte de su vida diaria, por lo que sus conocimientos son fundamentales para la

³¹ La muerte materna para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es clasificada como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de la gestación.

atención de las mujeres en las comunidades rurales. Sin embargo, las parteras tienen que luchar por el reconocimiento de su trabajo por parte de las instituciones de salud, que se traduce en capacitaciones que pocas veces recuperan su saber o utilizan herramientas metodológicas que no consideran las condiciones de la parteras, ya que muchas de ellas en el medio rural y sobre todo indígenas no saben leer y escribir y en algunos casos no hablan español.

Para lograr cambios en la relación de las parteras y el sector salud, se requieren de grandes cambios estructurales en el sistema de salud nacional y en el personal médico que ofrecen los servicios de atención a la salud en el medio rural indígena y mestizo. En lo que se dan estos cambios, las parteras indígenas y no indígenas del medio rural continuarán velando por la salud de hombres, mujeres, niños, niñas, jóvenes y ancianos de su comunidad, en donde gozan de un reconocimiento y aceptación.

CAPÍTULO 3. M'ETIK U (NUESTRA MADRE-LUNA): SÍMBOLOS ENTORNO A LA PARTERÍA TSELTAL.

3.1 Las Parteras como sujetos sociales.

Para tener una comprensión más profunda de la complejidad de los sujetos sociales, es necesario crear un nuevo abordaje en donde se dé cabida a la parte estructural de la sociedad, y sin restarle importancia se visualicen otros elementos como: la subjetividad, la cultura, la identidad, la acción política, el conflicto y la historia, e inclusive permitimos imaginar más componentes particulares que en su articulación creen un mejor análisis de los sujetos sociales con los que trabajamos.

Dando reconocimiento a las nuevas emergencias de realidades actuales que se caracterizan por ser diversas y estar en permanente movimiento, en donde podemos visualizar nuevos procesos y nuevas realidades que demandan su interpretación desde enfoques más integrales, es decir, buscar un mejor abordaje para las realidades que deseamos explicar. Recuperando la propuesta de Zemelman donde "se concibe a los sujetos sociales como formas particulares de expresión social, que se constituyen como mediaciones de poder y de lucha entre la estructuración de la sociedad a partir de la división social del trabajo y las formas clasistas de expresión política".³² En donde el sujeto social es una expresión social particular, con una lucha hacia las mediaciones de poder, el cual tiene formas de organización y prácticas específicas, que lejos de ser un objeto estático, está en un constante proceso de transformación.

³² Zemelman, Hugo y Guadalupe Valencia, Los sujetos sociales, una propuesta de análisis, en Acta Sociológica, Vol. III, No. 2, 1990.

A continuación expondré algunos de los elementos que considero que le dan sentido a la categoría de sujeto social, en específico relacionándolos con mi experiencia de trabajo y tomando en cuenta que los nuevos sujetos sociales son los tejedores de diversos y continuos cambios.

"La categoría de sujeto social abarca los aspectos más variados de la vida social; materiales, simbólicos, individuales, familiares o colectivos. Esto significa que los sujetos sociales tienen diferenciación con integración, esto es, qué conforman una unidad en la diversidad".³³ Las personas con las que colaboro son alrededor de 55 parteras tradicionales de un municipio llamado Tenejapa, perteneciente a la zona Altos del estado de Chiapas, el grupo se autodenomina Metik 'U (Nuestra Madre-Luna). Son mujeres mayores de 50 años, todas ellas pertenecen a la cultura tseltal, teniendo este mismo idioma como lengua principal (cabe señalar que de las 55 parteras: 30 tiene el tseltal como lengua única, 20 entiende el castilla o español, y 5 entiende el castilla o español y lo habla como segunda lengua).

Las parteras se consideran "una colectividad donde se elabora una identidad y se organizan prácticas, mediante las cuales sus miembros pretenden defender sus intereses y expresar sus voluntades, al mismo tiempo que se constituyen en esas luchas".³⁴ En un contexto general podría decir que la figura de la partera es muy importante en México, en la mayoría de los estados, inclusive en las urbes como el propio distrito federal, actualmente existen formas tradicionales de atender

³³ Charry, Clara, Inés, Calvillo, Miriam, Organizaciones Civiles, Nuevos Sujetos Sociales, Razón y Palabra, Número, 18, México, 2000.

³⁴ *Idem.*

nuestras enfermedades, en combinación con los sistemas de atención a la salud oficiales. El trabajo de una partera tradicional consiste en atender a las mujeres de sus comunidades cercanas, durante el embarazo y parto, aunque muchas veces brindan atención a mujeres que presentan algún problema sin estar embarazadas. La atención que brinda una partera a la mujer embarazada, antes y durante el parto es una concepción y construcción totalmente diferente a la de la medicina occidental. Las parteras tradicionales más que "médicas" son consideradas como acompañantes, guías y fortalezas tanto de la mujer embarazada como del niño. En tseltal la partera es llamada balal'alal que significa "la que acomoda, acaricia o abriga al niño".³⁵

Las prácticas de las parteras tradicionales se encuentran insertas en una cultura particular (la tseltal), que es dinámica, se transforma y reorganiza continuamente. En este sentido es relevante detenernos a observar y entender la cosmovisión tseltal ya que tiene representaciones y conocimientos totalmente diferentes a los de la cultura occidental; por ejemplo, para los tseltales, después del parto es importante el trato que se le da al cordón umbilical y a la placenta, si el bebé es un hombre, el cordón debe de colgarse en lo alto de un árbol, ya que esto le dará fuerza y agilidad y si el bebé es una mujer, el cordón debe de enterrarse en la cocina cerca del fogón ya que esto la guiara en sus labores del hogar. Con respecto a la placenta por lo general es enterrada al pie de un árbol, y tiene un significado de unión y fortaleza con la madre tierra. Para los tseltales los ritos

³⁵ Evaluación anual de las parteras de Tenejapa, Luna Maya Casa de Partos, Red contra la Muerte Materna, 2007.

después del parto son muy importantes ya que si nos los realizan el niño, puede sufrir una enfermedad.

Los sujetos sociales se constituyen entre la estructuración de la sociedad y las formas de expresión política, tales prácticas están delimitadas por dos sentidos, uno el rol comunitario y el otro la estructura social dominante. En el aspecto comunitario, las parteras tradicionales juegan un rol social primordial ya que son consideradas personajes claves tanto en la salud como en la estructura social. Una partera tradicional dentro del rol comunitario tseltal es respetada ya que ayuda al bienestar de la comunidad, en este sentido se puede decir que las parteras tienen un cargo comunitario (en tseltal es llamado ja'teletik: persona con cargo) dentro de la comunidad tseltal los ja'teletik no reciben ningún pago por su trabajo, porque están realizando un bien común, que beneficia a todos.

En el contexto de la estructura social dominante, las parteras tradicionales (sujetos sociales) forman parte y se encuentran influidas, por procesos políticos y formas de dominación, de articulaciones internas y externas. Viviendo las desigualdades del modelo económico permeante y siendo afectadas por las políticas gubernamentales. Las parteras tradicionales además de su papel por conservar la salud de la comunidad, son mujeres campesinas en donde la tierra que habitan es, y a sido explotada enormemente como fuente de energéticos y de materias primas, además son mujeres que viven y sufren las injusticias al campo y por consecuencia la migración de sus esposos o hijos. En específico en las comunidades tseltales el campesino no es visto como un agente individual, ya que

la mayor parte de los trabajos que se realizan en la milpa son trabajos colectivos en donde la finalidad es tener alimentos para todos.³⁶ La dimensión del campo en el mundo tseltal se plasma en todos los ámbitos de la vida, por ejemplo en la educación cuando un niño tiene un aprendizaje se dice que su corazón esta germinando.

Con respecto a las políticas nacionales en salud que involucran a este grupo, la más reciente es el seguro popular, el cual pretende en primera instancia crear un padrón de parteras tradicionales institucionalizado con la finalidad de que sean capacitadas (en medicina occidental) para que brinden una atención "adecuada" y "de calidad" a la mujeres y disminuya los índices de mortalidad materno infantil. Haciendo un análisis más profundo de esta política lo que intenta hacer es en primera instancia, culpabilizar a las parteras tradicionales de los altos índices de mortalidad y hegemonizar a la medicina occidental, además de que niega los conocimientos y saberes tradicionales. Estas políticas lejos de fortalecer la valoración de los saberes locales, los agreden, debilitando con ello muchos de los componentes de la vida de las parteras tradicionales y de la totalidad de la comunidad tseltal.

Zemelman menciona "los sujetos sociales deben ser vistos en su proceso de constitución como condensadores de historicidad entendida como fruto del pasado

³⁶ Al respecto Zemelman menciona: "Al abordar los sujetos sociales podemos decir que existe una visión utópica generalizada, es decir para todo el colectivo". Zemelman, Hugo y Guadalupe Valencia, Los sujetos sociales, una propuesta de análisis, en Acta Sociológica, Vol. III, No. 2,1990.

y como presente que contiene las posibilidades del futuro”.³⁷ Repensando la dimensión histórica de las parteras tradicionales podemos mencionar que esta tiene unas raíces profundas cimentadas en la cultura maya, podemos decir que “uno de los elementos claves de la integración es la relación de la comunidad tseltal con la tierra. Relación que supone normas aceptadas colectivamente para organizar el uso y el usufructo de este bien primordial. Los vínculos con la tierra suponen una profundidad histórica en la que se enraízan tradiciones, experiencias sociales que son base de sus lenguajes y referencia obligada para dialogar y llegar a acuerdos, para celebrar, para definir reglas de comportamiento, pero que además ha sufrido de una profunda explotación y abusos múltiples”.³⁸

Las prácticas de la partería tradicional se construyen en un lugar, determinado y con grandes representaciones simbólicas. Para la cultura tseltal el lugar tiene una importancia como constituyente de la cultura, el lugar es una concepción colectiva, por ejemplo para referirse a la milpa, los tseltales utilizan la palabra *jk'altic* que significa nuestra milpa, en donde la defensa del lugar es también la defensa de las prácticas tradicionales, en este caso la defensa de la partería tradicional.

La identidad no vista como una situación dada y estática sino como un proceso de construcción del día a día, con procesos dinámicos y cambiantes es un elemento importante para el análisis del sujeto social, al respecto Alessandro Pizzorno

³⁷ Zemelman, Hugo y Guadalupe Valencia, Los sujetos sociales, una propuesta de análisis, en *Acta Sociológica*, Vol. III, No. 2, 1990.

³⁸ Paoli, Bolio, José Antonio, *Formas de Apreciación en lengua y cultura Tzeltal*, Educación y comunicación alternativa, UAM, Anuario 1997.

menciona: "la identidad es un nosotros en el cual nos reconocemos y damos consistencia y continuidad a la acción".³⁹ Un elemento importante que define la identidad de las parteras tradicionales es el "k'inal que quiere decir medio ambiente y a veces se traduce como terreno, pero también quiere decir mente y la mente se configura en gran medida por la experiencia con la naturaleza, el k'inal no sólo es territorio, también forma parte de la vida que fluye por la tierra y el aire. El k'inal se marca por las practicas de vida cotidiana, las riquezas naturales, los festejos y los conflictos sociales, el k'inal es el paisaje configurado por la multitud de formas, de referencias, de limites geográficos, biológicos y rituales".⁴⁰ Al respecto Melucci aporta: "la unidad de los participantes de una acción colectiva es permanentemente construida y reconstruida. La unidad nunca es un hecho dado, sino por el contrario un proceso negociado y complejo cuyo resultado es preciso explicar antes de dar por supuesto. La unidad está cimentada en una identidad común".⁴¹ Cuanto más fuerte sea esta identidad común, más fácil será construir la unidad y más duradera podrá ser. Los tseltales mencionan que el territorio que uno siente propio, donde uno vive, trabaja y camina, constituye uno de los factores definitorios de la identidad que no está dada por una condición que surge de su posición en la estructura social ni como reacción ante una situación de exclusión.

Las parteras de Tenejapa, adquieren configuración en el conjunto de tensiones provocadas por la manera en la que se estructuran las diversas esferas o

³⁹ Piñeiro, Diego, En busca de la Identidad, La acción colectiva en los conflictos agrarios de América Latina, CLACSO, Argentina 2004.

⁴⁰ Paoli, Bolio, Antonio. Educación, autonomía y lekil kuxlejal: Aproximaciones sociolingüísticas a la sabiduría de los tseltales, UAM, 2004.

⁴¹ Piñeiro, Diego, En busca de la Identidad, La acción colectiva en los conflictos agrarios de América Latina. Editorial, CLACSO, 2004.

dimensiones de lo social, lo individual y lo físico, Piñeiro aporta: "Todas las acciones colectivas se construyen en torno a un conflicto que moviliza a quienes en él participan, tales conflictos pueden girar a bienes materiales y simbólicos".⁴² En una primera instancia pensaba que el conflicto principal que enfrentaban las parteras tradicionales radica en el reconocimiento de su práctica, ahora creo que el conflicto va más allá involucrando el reconocimiento de su cultura, de su saber, de su lenguaje, de su historia y sobre todo de su autonomía para decidir sobre su salud y su vida, en donde el objetivo no son los beneficios individuales sino los beneficios de la comunidad. No podemos catalogarlas como un sujeto social único, uniforme y dado, ya que están en constante intercambio con otros actores sociales, sobre todo a nivel comunitario, que se unifican en sus demandas como: las mujeres embarazadas y todo su núcleo familiar, este intercambio comunitario recrea y revalora la práctica del parto tradicional y de la propia cosmovisión tseltal.

3.2 Lekil Kuxlejal, una propuesta de vida desde la cultura Tseltal.

La visión hegemónica propone que el desarrollo es un pensamiento occidental. "En donde el elemento central es el crecimiento ligado a la idea de progreso, el cual implica movimiento hacia una dirección, el convertir una civilización agraria a una industrial, con avances en la ciencia y en la tecnología".⁴³ "El concepto de desarrollo es un término común usado en múltiples políticas gubernamentales nacionales e internacionales, en la mayoría de los casos se relaciona con el

⁴² Idem.

⁴³ Hetne, Bjorn, La Teoría del desarrollo y el tercer mundo, 1982.

bienestar económico, alude al proceso de mejora de la calidad de vida por el incremento de la renta y el aumento del consumo de alimentos, servicios médicos, educación y con un crecimiento tecnológico, un cambio del campo a lo urbano. Esta forma de idear al desarrollo además de ser un fuerte obstáculo epistemológico, crea graves problemas de desigualdad social, económica, y grandes problemas de conservación del medio ambiente y de los recursos humanos básicos".⁴⁴

"Uno de los tantos inconvenientes que enfrenta el desarrollo desde esta postura es que los proyectos puestos en práctica por los gobiernos invierten siempre en tareas que directa o indirectamente tienen como meta que las grandes mayorías, se ajusten a un modelo cultural que no es el suyo, idioma, una forma de conducta, un "sentido de responsabilidad", un esquema de valores y aspiraciones, un estilo de expresarse, un modo de producir, consumir y relacionarse con los bienes tangibles, una manera de participar y sobre todo de obedecer, todo ello ajeno, diferente y frecuentemente contrario a lo que contiene su propia cultura".⁴⁵

Para las parteras tradicionales el conocimiento fisiológico del embarazo, parto y puerperio forma parte de su vida diaria, por lo que sus saberes son fundamentales para la atención de las mujeres en las comunidades rurales. Sin embargo, tienen que luchar por el reconocimiento de su trabajo por parte de las instituciones de salud, que se traduce en capacitaciones que pocas veces recuperan su saber o utilizan herramientas metodológicas que no consideran la cosmovisión de las

⁴⁴ Ávila, Ricardo, *Sobre el progreso y el desarrollo*, 2007.

⁴⁵ Bonfil, Guillermo, *Pensar nuestra cultura*, Alianza Editorial, México, 1991.

parteras. Dichas capacitaciones tanto del sector salud como de organizaciones no gubernamentales, son cimentadas en la medicina alópata, noción que se contrasta con la cultura tseltal, por ejemplo para la medicina occidental, el origen de la vida o la concepción se explica mediante la unión de óvulo con el espermatozoide, mientras que para las parteras tradicionales "el origen de la vida comenzó a través de la tierra, en un principio sólo había un traste del que todos comían, esto hacía que la gente y la familia estuviera más unida, mencionan que también había lo fundamental, animales, árboles, el sol y la luna".⁴⁶ La visión de desarrollo occidental ante este universo ajeno e ideológicamente inferiorizado, plantea como única respuesta la sustitución de todos y cada uno de los elementos culturales que lo distinguen y lo hacen ser diferente",⁴⁷ en donde toma prioridad romper con la cosmovisión tseltal y hegemonizar el conocimiento médico oficial.

La connotación del "desarrollo" no escapa a los juicios de la cultura tseltal, en donde se relaciona con los programas de gobierno como oportunidades y se le define como: "tener más dinero, tener un carro, vivir como kaxlanes (ladinos)".⁴⁸ Los tseltales creen que los kaxlanes tienen una vida fácil, que no trabajan y que se pasan comprando cosas y viajando.

El abordaje del sujeto social desde su complejidad nos obliga romper con estas conceptualizaciones e imaginar una construcción alternativa de vida. En donde,

⁴⁶ Evaluación anual de las parteras de Tenejapa, Luna Maya Casa de Partos, Red contra la Muerte Materna, 2007.

⁴⁷ Bonfil, Guillermo, Pensar nuestra cultura, 1991.

⁴⁸ Entrevistas realizadas a Parteras tradicionales del municipio de Tenejapa, Chiapas, Luna Maya, Casa de Partos, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 2009.

las propuestas tengan como punto de partida la mirada de los propios sujetos sociales. En este sentido una construcción significativa para los tseltales es "el lekil kuxlejal", que es la buena vida. No es una utopía por que no se refiere a un sueño inexistente, la buena vida (el lekil kuxlejal) existió, se ha degradado pero no se ha extinguido y es posible recuperarlo, no sólo pertenece a este mundo sino al más allá. En el mundo tseltal se piensa que un factor necesario, clave para que haya la buena vida (el lekil kuxlejal), es la paz (el samalil k'inal), por lo mismo son dos conceptos inseparables. Hay buena vida (lekil kuxlejal), cuando hay paz (samalil k'inal). Si alguien está en paz con su mente, con su interior, normalmente es porque vive alguna forma de armonía colectiva. La paz genera conocimiento y es un estado de silencio de la persona, de su mente".⁴⁹ También es un estado de armonía del ecosistema. Realidad colectiva donde naturaleza y sociedad están necesariamente integradas, bien avenidas. Al respecto de la paz (samalil k'inal) una canción tseltal menciona:

*Quando estamos en paz
por eso mismo está contento nuestro corazón
cuando no hay problema
en nuestra comunidad
Así como las estrellas
que brillan en lo alto
así como las aguas
que fluyen tranquilas por el mundo*

⁴⁹ Paoli, Bolio, Antonio, Educación, autonomía y lekil kuxlejal: Aproximaciones sociolingüísticas a la sabiduría de los tseltales, UAM, 2004.

Por eso hay mucha importancia

en la paz

así como la hay en el sol

que ilumina el mundo.

Así el lekil kuxlejal o la buena vida supone una integración perfecta entre la sociedad y la naturaleza".⁵⁰ Tomando representación en el respeto a la palabra, a la familia, a la comunidad, al medio ambiente, en la rectitud y justicia de las autoridades y en la autonomía individual y colectiva. Por lo tanto el lekil kuxlejal y el slamalil k'inal son dos referentes del mundo tseltal que deben de ser tomados como punto de partida en la construcción de una propuesta alternativa de vida.

Partir de esta mirada nos permitirá tener una propuesta particular "reconociendo que el conocimiento es un modelo de conciencia centrado en un lugar, una forma de dotar de significado al mundo específico a ese lugar".⁵¹ Por lo tanto no unificar los problemas ni sus propuestas de solución, no unificar las realidades sino reconocerlas.

Fortaleciendo el respeto a lo tradicional, "Entendido como un sistema de ideas y prácticas organizadas por reglas y rituales de la naturaleza simbólica, tácitas o explícitas, orientadas a inculcar ciertos valores y normas de conducta producidos en determinados grupos o en las sociedades. Donde tradicional no significa

⁵⁰ Idem.

⁵¹ Escobar, Arturo, 2000, El lugar de la naturaleza y la naturaleza del lugar: globalización y posdesarrollo.

repetición, y se permita seleccionar ciertos fragmentos de la tradición, haciendo hincapié en algunos y desechando otros”.⁵² Y propiciar el respeto a los diferentes tipos de conocimiento que solo se lleva a cabo, “Cuando las fuerzas entre los agentes son equilibradas, tradicionales que en principio son diferentes pueden apoyarse entre sí y fusionar elementos de las otras, con lo que se alteran mutuamente”.⁵³ Esta propuesta involucra respetar la autonomía de las parteras tradicionales, mediante la afirmación de su identidad particular en donde se reivindique el derecho a la diferencia. Partir de esta postura para conocer y entender mejor los problemas que enfrentan las parteras, respetando y fortaleciendo sus posibles soluciones, así como sus demandas.

La presencia de los nuevos sujetos sociales sugiere formas de acción que penetren en el sistema estructural y político, permeando y modificando la lógica del conocimiento occidental dominante, explorando nuevas formas de apropiación cultural. La base de esta propuesta es la búsqueda del reconocimiento del mundo simbólico y cultural. Para tener una visión más profunda de la complejidad de los sujetos sociales, es necesario crear un nuevo abordaje de los mismos, en donde se analicen elementos como la subjetividad, la cultura, el entramado social particular, la estructura social, la historia, la identidad, la subjetividad, y sobre todo permitirnos imaginar características particulares para cada grupo con el que colaboramos, en donde se dé cabida a la incertidumbre eje de la constante transformación de la realidad.

⁵² Tarrés, María Luisa, *Observar, escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, El colegio de México, FLACSO, México, 2008.

⁵³ *Idem*.

La propuesta plateada toma como punto de partida el mundo tseltal de las parteras tradicionales. Esto nos lleva a renombrar y resignificar las propuestas del desarrollo occidental en donde el lekil kuxlejal y el smalil k'inal nos dan un primer acercamiento a la vida tseltal, a sus visiones, a sus demandas y a sus posibles propuestas. En donde se pretende mirar nuevas formas de convivencia entre grupos y comunidades, en palabras de Bonfil, ver el "México real" cargado de su cultura, diversidad en actos, lenguas y vida, resignificando la forma de cultivar, de curar y de organización familiar y comunal. Crear y reconocer las identidades particulares, reivindicando el derecho a la diferencia.

-

3.3 M'etik U (Nuestra Madre-Luna): Símbolos entorno a la Partería Tseltal.

El oficio de partera proviene de una rica herencia cultural, es aprendido empíricamente por el contacto con otra mujer partera. Comúnmente los conocimientos tradicionales son transmitidos por línea materna. Las hijas, nietas o nueras jóvenes de éstas, participan activamente ayudando como auxiliares en las labores del parto y del puerperio (Cosminsky, 1992). Otras veces, ante el desinterés de familiares, la partera enseña a otras mujeres de la comunidad que demuestren interés en el oficio y preservar así la tradición. Algunas se llegan a ocupar de estos menesteres como consecuencia de haberse autoatendido sus partos, lo que les otorga prestigio y reconocimiento social.

Las parteras se caracterizan por ser mujeres procedentes del sector campesino (con numerosa descendencia); que ofrecen sus servicios con un sentido

humanista, no lucrativo; de edad avanzada (de 50 años o mayores), casadas, de estratos socioeconómicos bajos, analfabetas o con bajo nivel de alfabetización, bilingües o maya-monolingües; que su capacidad curativa se basa en sus habilidades y técnicas manuales y que gozan de gran respeto por sus conocimientos. En este sentido es muy importante enfatizar que el trabajo de las parteras es parte de una red de símbolos y relaciones comunales, en primera instancia podríamos decir que una relación de sororidad entre mujeres, de acompañamiento en un momento difícil, pero si nos detenemos a analizar estas relaciones un poco más, podemos darnos cuenta de que no sólo se da una reciprocidad entre las mujeres, ya que la partera es quien atiende a la familia de la mujer después del parto y hay un gran lazo de solidaridad entre los esposos.

Los conocimientos y la comprensión que poseen, forman parte de los símbolos característicos de la cultura tseltal, cuyo trabajo refleja las costumbres, tradiciones y creencias de la comunidad. Además, las parteras comparten con las mujeres el mismo idioma, (tanto literal, como figurativo), conceptos corporales y valores. Su estatus social puede variar según su edad, su experiencia y sus características personales. Por lo general, los ingresos que obtienen de la atención de los partos son alimentos y retribuciones simbólicas durante toda su vida, como el respeto, el reconocimiento y la solidaridad por parte de toda la familia de la mujer que da a luz.

En el municipio de Tenejapa cada paraje cuenta con una o dos mujeres que son parteras tradicionales, existen dos formas por las cuales una mujer puede llegar a

ser partera: la misma necesidad de atender su parto y cuando por aprendizaje tradicional se hereda este conocimiento, casi siempre aprendido de madre, o abuela a hija, esta forma es la más común entre las parteras de Tenejapa. La mayor parte de las parteras del grupo M'etik U(Nuestra Madre-Luna), son mujeres maduras que van de los 55 años en adelante y tienen más de 25 años de ser parteras, atendiendo en promedio a mujeres de 4 parajes y teniendo alrededor de 5 partos mensuales.⁵⁴

3.3.1 El origen de la vida.

Las parteras de Tenejapa consideran que "el origen de la vida comenzó a través de la tierra, en un principio sólo había un traste del que todos comían, esto hacía que la gente y la familia estuviera más unida, mencionan que también había lo fundamental, animales, árboles, el sol y la luna".⁵⁵

"En el principio las cosas eran más simples, no había un lugar en donde tener al niño, era algo natural. Ahora los niños se reciben con trapos y se cortan los cordones con machetes, después se acostumbra enterrar la placenta en el jardín, en el árbol más fuerte, no había jabón, se lavaban con raíces y con cenizas, en

⁵⁴ Datos de la Evaluación anual de las parteras de Tenejapa, Luna Maya Casa de Partos, Red contra la Mortalidad Materno Infantil, 2009.

⁵⁵ Datos de la Evaluación anual de las parteras de Tenejapa, Luna Maya Casa de Partos, Red contra la Mortalidad Materno Infantil, 2011.

tiempo de sequía se iba a traer agua al ojo de agua, que siempre se utilizaba para nadar y para lavar, así vivían toda la gente y así comenzaron las cosas".⁵⁶

"Desde la creación el niño llega al mundo sin ropas, nace como lo manda la naturaleza sin nada, así la vida comienza desnudo, al principio cuando nacía el bebé se le envuelve en trapos viejos, y cuando nacían los bebés entraban directamente en contacto con la piel de la mamá, esto es mucho mejor porque los niños crecen con una mejor salud, además la naturaleza era diferente, las montañas estaban mejor. En un inicio las cosas eran más difíciles, había mucho sufrimiento, los niños sufrían mucho al nacer y también las mujeres y había mucho sufrimiento en la vida cotidiana, la comida era mejor siempre se molía el maíz en petate."⁵⁷

3.3.2 La salud y la enfermedad para las Parteras Tseltales.

La salud para las parteras de Tenejapa consiste en "estar en comunión con los árboles, el sol, la luna, la tierra; las parteras comentan que la salud es trabajar y sembrar la tierra, porque la tierra nos da el frijol, el maíz y el café, mencionaron que la salud tiene que ver con el sol, porque él guía nuestros días y nuestras noches y nos da un horario para levantarnos, trabajar, comer y dormir".⁵⁸

⁵⁶ Idem.

⁵⁷ Memorias de los talleres a parteras Tradicionales de Tenejapa. Casa de partos Luna Maya. Red contra la Mortalidad Materna, 2007.

⁵⁸ Entrevistas a Parteras tradicionales del municipio de Tenejapa, Chiapas, Casa de partos Luna Maya. Red contra la Mortalidad Materna, 2010.

Para las parteras de Tenejapa "la enfermedad tiene un origen sobrenatural y se atribuye al enojo de los dioses y espíritus, a los viejos que tienen nahuales o aquellos que pueden echar brujería".⁵⁹

La explicación más común es que los seres sobrenaturales o nahuales están actuando en contra de la gente. Los nahuales pueden tomar la forma de animales o la humana y aparecer como relámpago, viento o destello. Las parteras creen que todos los hombres que tienen un cargo tradicional tienen su nahual. También se cree que la envidia produce enfermedades, por lo que es necesario procurar no despertarla.

3.3.3 El cuidado en el embarazo.

La partera Tseltal, posee un sentido del tacto muy desarrollado, puede diagnosticar el embarazo mediante palpaciones abdominales para saber si la matriz se encuentra ya ocupada. Posteriormente, cuando han transcurrido tres o cuatro meses del embarazo, las mujeres son visitadas mensualmente en su propia casa, o éstas acuden a casa de la partera para ser atendidas. La embarazada se tiende bocarriba sobre el piso con una tela en la nuca y otra en la espalda, la partera entonces le palpa el vientre para localizar la cabeza del niño y determinar su posición. Estas sobadas tienen también la finalidad de relajar los músculos y aliviar la incomodidad. Si esta posición no es la correcta, con movimientos precisos y firmes y ayudada por ambas manos, trata de desplazarlo mediante un

⁵⁹ Idem.

movimiento giratorio en dirección de la posición adecuada. Los masajes a fines del embarazo permiten a la partera establecer la fecha probable del nacimiento. Durante todo el tiempo ambas mujeres conversan de diferentes asuntos relacionados con la vida cotidiana de cada una, así como de los acontecimientos inherentes a la comunidad en que viven. La mujer visita a la partera cada mes durante todo el embarazo, ya que el niño adquiere la posición de nacimiento definitiva sólo tres semanas antes de nacer.

3.3.4 El parto en Tenejapa.

Cuando una mujer entra en trabajo de parto, lo común es que el esposo de la mujer vaya a avisar a la partera. Cuando la partera llega a la casa de la parturienta, la revisa, primero para saber la posición en la que viene el bebé, esto es a través de un masaje en el vientre, en caso de que la mujer presente dolores muy fuertes, la partera soba la panza de la embarazada con un bálsamo y espera a que los dolores sean más fuertes, en este tiempo le dan alimentos a la embarazada como frijoles con tortilla y pozol para que aumente la fuerza de la mujer que esta pariendo.

Cuando la mujer le avisa a la partera que el bebé está por venir (esto lo saben porque la cabeza del bebé ha bajado), la partera le indica a la mujer que se hinque, pone unos costales o cobijas bajo la mujer, la mayoría de las veces la partera permanece en la parte de atrás y el hombre delante de la mujer sosteniéndola por los brazos, cuando el bebé nace cae en las cobijas, la partera

lo recoge y revisa que este bien para después dárselo a la mujer para que mame, en caso de que el bebé nazca sucio (con excremento), la partera antes de dárselo a su mamá lo limpian.

Las parteras creen que los médicos no acostumbran darles de comer a las mujeres que están pariendo por que no quieren que el bebé nazca con excremento, pero para ellas es muy importante que la mujer se alimente durante el parto, una costumbre muy arraigada es darles pozol o poch para aumentar sus fuerzas. En Tenejapa existen muchos remedios y plantas utilizadas por las parteras en el momento del parto, algunas de ellas son:

- Té de cola de Tlacoache: Se quema la cola del Tlacoache, y en caso de que el parto sea muy difícil se hace un té con las cenizas.
- Líquido para apresurar el parto: Esta hecho con alcohol de 96° hierbas para el aire, sirve para apresurar el parto cuando una mujer tiene mucho aire, también lo usan para calmar los dolores masajeando la espalda y vientre de la mujer que esta pariendo.
- Huevo crudo batido: Lo utilizan cuando la placenta no nace o ha pasado bastante tiempo y el bebé no desciende, se lo dan a la mujer para ocasionar el reflejo de vomito.
- Aceite de cocina: Calientan el aceite y le dan de beber a la mujer una tapita, lo utilizan cuando no nace la placenta.
- Té de pimienta con manzanilla: Le dan una taza a la mujer después del parto, lo utilizan para calentar el estómago y evitar que entre el frío.

- Kushvatic: Es una hierba con la que preparan un té del que le dan un vaso a la mujer, sirve para apresurar el parto.
- Ajob: Es una planta con la que elaboran un té, ayuda en los partos complicados, sirve para apresurar el parto.
- Nac: Es una planta con la que se hace un té que sirve para detener los sangrados.
- Cedro: Se hace un té con las hojas y corteza, lo utilizan para devolver la fuerza a las mujeres que tuvieron un parto muy largo.

Cuando ha nacido el bebé, la partera corta el cordón umbilical con tijeras o machete, o con el fuego de una vela, la placenta puede ser quemada en el fogón o enterrada cerca de la casa, bajo un árbol para que le de fuerza y agilidad (si es niño), o en la cocina para que sea buena en las labores domesticas (si es niña), la partera visita a la mujer y al niño toda la semana siguiente, les ayuda a hacer las tortillas, el pozol y los frijoles, también vigila que el ombligo del bebé este bien, sin infecciones.

El pago que reciben las parteras por atender el parto y por el cuidado de toda la familia a menudo consta de tortillas, frijol y refrescos, (esto depende de los recursos con los que cuente la familia), no es común que reciban dinero por este trabajo a menos que hayan pagado un transporte para llegar a la casa de la mujer.

Todas las parteras son amas de casa, se dedican a cultivar frijol, maíz y café, algunas tienen animales de consumo como gallinas y toros pero son muy pocos, no reciben apoyo económico por su trabajo de ninguna otra parte, aunque todas están inscritas al programa oportunidades y reciben un apoyo mensual, pero por su condición económica y no por su labor como parteras.

3.3.5 La atención del posparto.

Terminado el parto se inicia el período de cuarentena. Durante este período la partera visita frecuentemente a la puérpera siguiendo una serie de cuidados con el objeto de restablecer su salud y fortalecer las defensas del niño. Así por ejemplo, para la cauterización del ombligo del recién nacido, la partera emplea hojas secas de Romero envueltas en un trapo, sahumado en brazas de carbón para ser aplicado presionando suavemente sobre el muñón umbilical con el objeto de que seque bien, luego es vendado para protegerlo. La partera sugiere la aplicación de gotas de leche materna en los ojos del bebé para evitar infecciones. Tradicionalmente la partera atiende a la puérpera hasta que el muñón umbilical cicatriza y cae. También ayuda a las mujeres a que empiecen la lactancia. Para esto, aplica baños con infusiones de yerbas medicinales con el propósito de estimular la secreción de leche. La comadrona cumple también funciones médicas como el control de hemorragias del posparto y la reparación de los desgarros perineales. Emplea una amplia gama de tratamientos adicionales que coadyuvan a la recuperación de la madre. Así por ejemplo, después de los doce días del alumbramiento algunas comadronas aplican

masajes y atan vigorosamente -con un rebose- por partes el cuerpo de la púerpera, especialmente la región abdominal, con la finalidad de reubicar la matriz y cerrar la apertura originada en la espalda por el nacimiento, así como para que el vientre desinflame. Es frecuente también que la comadrona aconseje a la madre, sobre todo a las primerizas, acerca de los cuidados que deberá seguir para la atención y alimentación del recién nacido.

Durante todo este periodo, la partera cumple una función indispensable en el hogar de la mujer que dio a luz, ya que ayuda a lavar la ropa y a preparar los alimentos en casa de la parturienta con el fin de proporcionar a la madre una oportunidad de descanso y tiempo de estar con su bebé. Las parteras empíricas desempeñan también un papel importante en los aspectos rituales y religiosos del nacimiento que van desde la predicción del sexo del niño, hasta el desecho de la placenta y del muñón umbilical, cuando éste cae. A las parteras a menudo se les pide consejos para el tratamiento de la esterilidad y cómo evitar el embarazo indeseado.

3.3.6 Símbolos de Partería Tseltal.

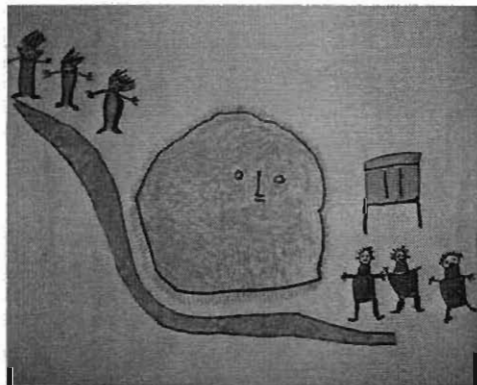
***Todo símbolo es una imagen evocadora;
el parto es un símbolo evocador
de lazos de comunidad y amor.***

La partería tseltal, es un símbolo de comunidad, es una reafirmación y resistencia cultural que evoca lazos de solidaridad, ayuda y amor. Se comparte con las

mujeres, con los niños pero también con los esposos y padres, con la comunidad en su totalidad.

Las parteras tradicionales de Tenejapa se denominan M'etik U (En tseltal: nuestra Madre-Luna), simbolizan a la Luna como la feminidad protectora, que guía y da fortaleza a la mujer en el momento del parto. En la tradición tseltal, el parto es una ceremonia de agradecimiento o pago a la madre tierra.

El nivel espiritual tiene una especial importancia, los espíritus de las montañas vienen a acompañar a la mujer para darle fuerza en el momento del parto. El Sol como elemento masculino, la Luna como elemento femenino y la tierra (madre universal) tienen una presencia esencial en el momento del parto. Para las parteras tseltales la presencia del Sol y la Luna es vital en el parto:



“El parto consiste en estar en comunión con el Sol y la Luna, porque ellos guían nuestros pasos, ellos marcan nuestro día y nuestra noche, el Sol nos da la fuerza

para hacer nuestro trabajo, el Sol nos guía, y nosotras las parteras somos la Luna, somos las madres protectoras de las mujeres, el complemento y el equilibrio del padre Sol⁶⁰

El nacimiento en comunidad, crea y recrea realidad, enseña a valorar esta forma de nacer. La realidad del parto en casa, con la cercanía de la familia, con el acompañamiento de la partera, la madre y el esposo, junto con la comunidad, le traen a la mujer y al niño una concepción renovada del mundo, a partir de la cual cada familia recrea valores y normas personales y sociales. Se juegan lazos de complicidad con una forma de nacer especial para esta cultura, signos de solidaridad con el dolor de la mujer embarazada, se comparte alegría por la bienvenida de un nuevo miembro de la comunidad. El nacimiento queda integrado en la memoria de los participantes como un conjunto de asociaciones de ideas que dan como resultado la formación de símbolos de comunidad.

El símbolo recién adoptado supone normas originales, formas innovadoras de regular las circunstancias. Según Charles S. Peirce, fundador de la semiótica, un símbolo es "un signo que se refiere al objeto que denota en virtud de una ley, usualmente una asociación de ideas generales que operan de modo tal que son la causa de que el símbolo se interprete como referente a dicho objeto. En

⁶⁰ Entrevistas de evaluación a parteras tradicionales, María Entzin, comunidad de tres pozos, Luna Maya, Casa de Partos, Tenejapa, Chiapas, 2011.

consecuencia el símbolo es, en sí mismo, un tipo general de ley, esto es, un legisigno.”⁶¹

El símbolo es una forma peculiar de signo que generaliza modos de interpretar, de asociar ideas y de evocar sentimientos. El impacto de la calidez parto en casa atendido por una partera tseltal, no sólo tiene un huella sobre la mujer embarazada y el niño, constituye todo una constelación de símbolos y saberes que involucra la participación de la comunidad en su totalidad. Promueve el reconocimiento y la afirmación de un conocimiento, un conocimiento tradicional basado en la vida tseltal. Pero sobre todo siembra lazos de comunicación, de vida y de ayuda entre mujeres para generar un ecosistema de amistad y gratitud en etapas posteriores. Ejemplificando: En Tenejapa después de un parto la partera es la responsable de cuidar de la mujer que dio a luz pero también es la responsable de velar por el resto de la familia; por un tiempo es la encargada de hacer las tortillas, preparar la comida, y lavar la ropa. Como correspondencia la partera recibe la gratitud de la familia por el resto de su vida, reflejada en regalos como refrescos, pozol, poch o comida. Ante el resto de la comunidad la partera va adquiriendo mayor estatus dependiendo de la propia voz de la comunidad sobre su trabajo y tiene un papel relevante en la toma de decisiones en el plano social.

La atención de la partera hacia las mujeres refuerza valores que se permean hacia el grupo. Y que condicionan y marcan la forma de actuar de las mujeres. “Quiero

⁶¹ Charles Sanders Peirce: La ciencia de la semiótica. Buenos Aires, Ediciones de Nueva Visión, 1986, p. 30

que mi parto sea con una partera, porque aquí la mejor forma de nacer es en tu propia casa, cerca de tu familia y con alguien cercano como la partera”⁶² ya que el respeto, la confianza y la ayuda mutua se simbolizan y al simbolizarse se agrupan como leyes de apoyo, solidaridad y empatía. El parto, queda integrado en la memoria de las familias como una asociación de ideas que da como resultado la formación de un símbolo en torno al nacimiento. Estos símbolos tenderán a regir en la vigilia, en el sueño y en la ensoñación debido a esa “ley” que tiende a dar coherencia a la acción.

Estamos frente a referencias ejemplares a partir de las cuales se interpreta la realidad. Y el ejemplo no está dado por una persona, sino por un modo agradable de asociación colectiva, de intersubjetividad que adopta nuevos símbolos, es decir, nuevos aspectos de las leyes que tienden a normar la realidad de manera lozana, a dotarla de viveza y de fuerza; fuerza del principio ético asociado a momentos compartidos alegremente. Los símbolos del parto, por ejemplo, la solidaridad o el apoyo, siempre referirán a unidad, ayuda mutua, alegría; supondrán el hábito de ver valor en la partera: esta configuración es una constante en los símbolos de comunidad.

⁶² Entrevistas de evaluación a parteras tradicionales, Luna Maya, Casa de Partos, Tenejapa, Chiapas, 2011.

3.3.7 El rezo Tseltal como un símbolo de comunidad.

<p>Jesús, Madre de Dios, Capitán Ch'ul</p> <p>San Martín</p> <p>Tulan tulan tal top'tik a jol kala Nan,</p> <p>kala Manojel,</p> <p>kala Mam ch'ul chan, kala Mam</p> <p>bahlumilal,</p> <p>tulanme a tal hk'opontikat ta swenta</p> <p>te awale,</p> <p>ta swenta te awalnich'ané, yu'unuk</p> <p>lekuk ya xchojta</p> <p>yalik alale,</p> <p>yu'unuk lekuk ya xp'ejka yatik te</p> <p>awalnich'ane,</p> <p>te yayil k'inale li ta sbalum,</p> <p>ta sbah k'inale,</p> <p>ka' mukul Maestro Manojel,</p> <p>kalamukul Maestro Man ch'ul chan,</p> <p>jame awu'un a tukel te awal ine,</p> <p>te a nich'an into,</p> <p>jame awu'un atukel, kala TatAt,</p> <p>melel ja kuxineltik yu'un atukel,</p>	<p>Jesús, Madre de Dios, Capitán Ch'ul</p> <p>San Martín:</p> <p>Con fuerza venimos a ti, cual el hacha que rara la madera, querida Madre, amada poseedora.</p> <p>Amado abuelo del cielo, amado abuelo de la tierra.</p> <p>Con fuerza y respeto venimos a hablarte sobre tu bebé.</p> <p>Sobre esta tu hija o hijo tuyo, para que aterrice bien hoy tu bebé, para que bien baje hoy tu hija o hijo este.</p> <p>Que vea aquí el hábitat del mundo, el sobre el entorno.</p> <p>Querido gran Maestro Tenedor del cosmos.</p> <p>Amado gran Maestro, Abuelo del cielo. Sólo tuyo es este bebé aquí presente, el hijo tuyo.</p> <p>Sólo tuyo es, amado, Padre que eres Tú.</p>
--	---

<p>te awalnich'an mukul Maestro ch'ul chan, mukul Maestro bajlumital. Melel ja spisil awal. Jich ya esma to, jich ya xwina to, jich ya xjul ta k'inal te awal a nich'an, yakuk nix ya kuxultay te awal anich'ane. Te antsetike jich ya xp'ol te yawal lume, yawal k'inale, manchuk me Tatik chujkul te a'tel me to Tatik falta te a'tel me to ta swenta te awale, ta swenta te a nich'ane, kala hKananan, kala Manojel, kala Mam ch'ul chan. Kala Jalame', ch'ul Nichimal ants. melel jich yaintik te kajuallik Jesucristoye. Jich ajulta lok'el te awenta, jich ak'ayain jich ak'a p'ejkajuk, kala Tat ch'ul chan ini. Obolajan kala ch'ul Diosetik,</p>	<p>En verdad la vida nuestra sólo es tuya. Tus hijas e hijos gran Maestro del cielo, gran Maestro de la tierra. En verdad todos son tus hijos. Que sí nazcan, que sí lleguen a tener hambre. Que sí lleguen a nuestro hábitat tu hija o hijo. Así mismo que vivan tu hija o hijo. Que las mujeres sí den sus hijos a esta tierra. Den sus hijos a este medio ambiente. No vaya a ser Padre nuestro que sea difícil el trabajo. Padre nuestro, falta tu trabajo para tu bebé, para este tu hijo, amado Protector nuestro. Querido Poseedor, querido Abuelo del cielo. Amada madre del Tejido, santa Flor de las mujeres. En verdad así lo oímos de nuestro</p>
--	---

<p>kala Santoetik.</p> <p>Ch'ul Oxlajuneb ch'ul Nombre,</p> <p>Oxlajuneb ch'ul Santo,</p> <p>ya xk'opojotik ta tojol,</p> <p>ya xayinotik ta tojol,</p> <p>ta swenta ti awali,</p> <p>ta swenta te a nich'ane, kala</p> <p>hKahkanan,</p> <p>melel jich ya xp'ol te awale,</p> <p>xp'ol te anich'ne.</p> <p>Mayuk mach'a yatik xu,</p> <p>jich ya sjul ta k'inal to,</p> <p>Mayuk mach'a yatik jich ya sjul</p> <p>ta biluk ta alumul ta balumilal to,</p> <p>puro ta ants ya schiknate awal nich'an</p> <p>kala hKahkanan,</p> <p>puro ta ants ya chiknaj te awalnich'an,</p> <p>kala Manojel,</p> <p>janax me jich hk'optik</p> <p>kala muk'ul maestro Jeucristo</p> <p>janax jich cha ox pal xk'opojotik ta</p> <p>atojol,</p> <p>yu'un te awale yakal ta wokolajel,</p>	<p>señor Jesucristo.</p> <p>Que así llegue a salir gracias a Ti.</p> <p>Que sí le concedas bajar aquí,</p> <p>quendo Padre del cielo.</p> <p>Se los pedimos nosotros los pobres,</p> <p>amados Dioses espirituales,</p> <p>amados Santos.</p> <p>Espiritual Trece, Nombre espiritual,</p> <p>Trece Santo espiritual,</p> <p>te hablamos a ti directamente</p> <p>y tú nos escuchas directamente.</p> <p>En relación a este tu bebé,</p> <p>en relación a tu hijo, amado Protector.</p> <p>Que verdaderamente se expandan tus</p> <p>bebés,</p> <p>se expandan tus hijos.</p> <p>Que no haya quien hoy,</p> <p>que sí llegue el bebé a nuestro hábitat.</p> <p>Sólo de las mujeres aparecen tus hijos,</p> <p>amado Benefactor.</p> <p>Sólo de las mujeres aparecen tus hijos,</p>
---	---

<p>yu'un te awayiatuni me a, te awayi angelito kala Tat, jame jich cha ox pal kayietik kuxul Dios, kuxul Tat, janax jich jk'optik kala Tat Dios, te kala muk'ul maestro Man ch'ul chan, Mam balumilal, Jesús Madre de Dios Jesukristo.</p>	<p>querido Manojel. Sólo a Ti te hablamos, querido gran Maestro Jesucristo, sólo dos o tres palabras te dijimos directamente a Ti, porque tus hijas están en problemas, porque Tú nos has escuchado, nos escuchas Angelito, amado Padre, estas dos o tres palabras nos escucharon. Dios vivo, Padre vivo, Sólo así te hablamos amado Padre, Dios. Querido gran Maestro, Abuelo del cielo, Abuelo del mundo, Jesús, madre de Dios Jesucristo.</p>
---	---

Asomarnos a la interpretación.

Presento aquí la opinión del profesor Antonio Paoli Bolio, como una guía para asomarnos, de manera hipotética, al o a los significados del primero de los términos subrayados con negritas en el texto de esta transcripción: **Ch'ul**.

“Estamos ante este <rezo>, que supone un mundo cultural y religioso distinto a los que conocemos en el mundo occidental. Un trabajo posterior será adentrarme en esta magna empresa, a la que por ahora sólo me atrevo a aventurar supuestos. Consideraré solamente la primera palabra marcada en la transcripción de esta práctica de las parteras de Tenejapa. Nos detendremos un poco en la palabra **Ch'ul**. Aquí sólo formularemos un supuesto que permitirá, en otros trabajos, partir una idea sobre esta noción tan importante para el mundo tseltal y tsotsil.

Ch'ul: el término suele traducirse como “santo”. Pero, al parecer, los significados y usos dados a éste término por los tseltales y los tsotsiles en algo se parece, pero también difiere de de nuestro concepto latino de “santo”, o *sanctus* en latín, del verbo *sancire*. Consideremos sus similitudes. En español *sancire* es consagrar, pero también sancionar. No sólo refiere a lo ‘bueno’, opuesto a ‘malo’, sino que abre la puerta a una dimensión escatológica, al mismo tiempo que a ley, estatuto o norma de conducta que puede ser bien o mal aplicada. El termino podría referir a ‘ser sancionado’, como consecuencia de seguir o no a ciertas reglas.

Podríamos decir que supone acercarse o alejarse de las normas de un grupo, de una comunidad. **Ch'ul** San Marín, igual que otros seres venerados y mencionados en este “rezo”, de alguna forma están de acuerdo, o se espera que estén de acuerdo, que sean comunidad. Ellos y ellas son: kala **Nan**, kala **Manojel**, kala **Mam ch'ul chan**, kala **Mam bahlumital**. Es decir, Ch'ul San Martín, al igual que la querida Madre, la querida poseedora, el abuelo del cielo, el abuelo del mundo. Están en un grupo de los seres que nos cuidan.

O sea que **Ch'ul** San Martín, es **ch'ul** quizá porque está integrado a la comunidad, a la unidad de los seres venerables, de los *Ahkananelik* (los que nos cuidan). Las parteras le hablan a esos seres tutelares, a esos admirables 'cuidadores', con posiciones y especialidades distintas, pero que son comunidad. Se les habla por su nombre, pero como miembros de un grupo.

Pero **ch'ul**, según parece, no es solamente el ser integrado a la comunidad de nuestros cuidadores; también es alguien que vive en la esfera del **ch'ulelal**, de la dimensión espiritual, del **ch'ul k'inal**, del medio ambiente de lo bien integrado. A estos cuidadores se les suele decir: *Ch'ultes ayotik Kajual*, que suele traducirse como 'bendícenos'. Pero la petición debiera traducirse, al parecer, como 'haznos espirituales', o haznos pertenecientes al *ch'ulelal*.

Otra palabra que vale la pena considerar en este intento de aproximarnos al significado de la palabra **ch'ulel**, que suele traducirse como 'alma', que para el tseltal y el tsotsil es esa entidad personal y eterna, el ser eterno de cada persona. Se usa esta palabra no sólo para afirmar a ese ser personal, sino también para señalar que esa persona ha llegado a la razón, al tiempo de la integración con su comunidad en la que puede usar adecuadamente de su criterio, de su albedrío.

De esta manera, al decir **Ch'ul** San Martín, se le habla a alguien que vive en armonía comunitaria y sigue las normas, las pautas del *Ch'ulelal*. Al seguirlas es sensato, cuerdo, acertado, juicioso, razonable. A nombre de esa razón y de su sentido de comunidad compasiva, se le pide que conceda salud y protección para

la madre y el crío que va a nacer. Quiero volver a subrayar que estas reflexiones para ayudar a describir el significado de **ch'ul**, no puedo asegurar, garantizar que sean exactas, sino supuestos basados en una larga recopilación sociolingüística que todavía debe afinarse mucho".⁶³

⁶³ Doctor, Antonio, Paolí Bolio, Profesor Investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana, UAM, Xochimilco, experto en análisis socio-lingüístico de la cultura tseltal.

CONCLUSIONES.

Es necesario recalcar que para la mayor parte las familias tseltales, la atención médica institucional no representa una opción para la atención de la salud, en este caso no representa una opción al nacimiento. Los patrones culturales, sociales e identitarios de la comunidad tselta, determinan que el cuidado y la atención del embarazo, parto y posparto sean reconocidas como labores que pertenecen principalmente a las mujeres: madres, abuelas, tías suegras y parteras. Por ello se reconoce que en el ámbito particular de la salud reproductiva, las parteras tradicionales desarrollan en el medio rural e indígena un papel significativo en la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

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, respetuosa y cálida (Cosminsky, 1992).

Algunos puntos importantes a considerar para la construcción de nuevas políticas y programas para Parteras Tradicionales son:

- La partería es una profesión autónoma, requiere de un reconocimiento específico por parte de instituciones públicas y privadas además de individuos.
- La partería no sustituye ni es equiparable por los servicios obstétricos de salud públicos ni privados, es una manera distinta de entender el embarazo, parto y puerperio.
- Las mujeres que reconocen que la atención ofrecida por una partera es una atención personalizada, segura, integral y basada en la experiencia propia de la mujer, y quienes consideran que el parto es un proceso fisiológico que puede desarrollarse en el hogar deben tener el derecho de acceder a una partera.
- La capacitación de las parteras debería respetar su lugar en la comunidad y su responsabilidad, siendo la guardiana de la salud materna infantil y primer contacto de la mujer.
- La partera no es una persona que principalmente refiere mujeres al hospital para atención obstétrica, sino una persona experta en parto normal que atiende la mayoría de los partos comunitarios y tiene la habilidad para referir a mujeres que necesitan mayor apoyo.
- El parto debe seguir considerándose como un evento familiar, fisiológico y natural que puede y debe ser cuidado por una partera capacitada en parto normal.

Explorar las causas reales de la muerte materna en las comunidades indígenas tiene mayores repercusiones que las causas médicas, existen muchos aspectos sociales y culturales que se ligan a este aspecto.

Ser partera en Chiapas, es vivir en un estado permanente de resistencia ante un sistema de salud que pocas veces reconoce su labor en la atención de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y ante un sistema que expropia su conocimiento. Sin embargo el trabajo de las parteras indígenas y mestizas en el medio rural y urbano continuará con la labor de dar una atención con calidad y calidez a las mujeres; en donde los esfuerzos de grupos organizados de parteras, médicos tradicionales y organizaciones de la sociedad civil serán de gran relevancia para mantener este saber que ha perdurando y que perdurará a través de los tiempos.

BIBLIOGRAFÍA.

Aguirre, Beltrán, Gonzalo, 1991. "Formas de Gobierno Indígena", Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.

Aguirre B., Gonzalo, 1980. "Programas de salud en la situación intercultural", Colección Salud y Seguridad Social, serie Manuales Básicos y Estudios, IMSS, México.

Ávila, Ricardo, 2007. "Sobre el progreso y el desarrollo", México.

Bravo, Hiram, 1990. "Las parteras rurales en México", México.

Bonfil, Guillermo, 1991. "Pensar nuestra cultura", Alianza Editorial, México.

Bourdieu, Pierre, 1979. "La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza", Ed. Laia, Barcelona.

Bourdieu Pierre, 2002. "La dominación masculina", Anagrama, Barcelona.

Bourdieu Pierre, 2002. "Lección sobre la lección", Anagrama, Barcelona.

Bourdieu Pierre, 1997. "Capital Cultural, escuela y espacio social", Editorial Siglo Veintiuno, Primera edición en español, México.

Charry, Clara, Inés, Calvillo, Miriam, 2000. "Organizaciones Civiles, Nuevos Sujetos Sociales", Ediciones Razón y Palabra, Número, 18, México.

Cosminsky, Sheila, 1992. "La atención del parto y la antropología médica", en La antropología médica en México. Instituto Mora, UAM, tomo II, México, pp. 139-160.

De Luna, García, María del Carmen, 2001. "Consultas colectivas, la construcción de una estrategia para la atención en salud reproductiva y nutrición. Una experiencia participativa en comunidades rurales de Chiapas", Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Distrito Federal, México.

Escobar, Arturo, 2000. "El lugar de la naturaleza y la naturaleza del lugar" globalización y posdesarrollo, México.

Espinoza, M., Eduardo, 1993. "Servicios comunitarios en salud reproductiva: parteras rurales". Ponencia presentada en la XV Reunión Nacional de Salud Reproductiva, Materno Infantil y Planificación Familiar. Acapulco, Guerrero, México, octubre de 1993.

Freyermuth, G. y Otros, 1991. "Atención del parto y del recién nacido por parteras indígenas de la región de los Altos de Chiapas", en Cuadernos de la Facultad de Medicina de la UADY. Núm. 10, tomo 1, Mérida.

Freyermuth, G., 1993. "Médicos tradicionales y médicos alópatas: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas", Colección nuestros pueblos, Gobierno del Estado de Chiapas y CIESAS-Sureste, México.

Freyermuth Encino, Graciela, 1998. "Muerte Materna en los municipios indígenas de los Altos", Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología (CIESAS-sureste), Chiapas, México.

Freyermuth, Encino, Graciela, 2005. "La muerte materna en Chiapas, en la búsqueda de un indicador alterno", Primer Informe, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México.

Gallegos, Rafael, 2000. "El rol de la comadrona en su contexto sociocultural", Guatemala.

Gallástegui, Beatriz, 1993. "Capacitación e incorporación de parteras tradicionales al sistema de salud pública de México (El caso del IMSS en una subdelegación del Estado de México)", en Investigaciones sociodemográficas en algunas regiones de México. Asociación Mexicana de Población (AMEP), México, pp. 119-134.

Geertz, Clifford, 1997. "El antropólogo como autor", Editorial Paidós Ibérica, México.

Geertz, Clifford, 2001. "El surgimiento de la antropología posmoderna", Editorial Gedisa, México.

Geertz, Clifford, 2002. "Reflexiones antropológicas sobre temas filosóficos", Editorial Paidós Ibérica, México.

Gómez, Muñoz, Maritza, 2004. "Tzeltales", Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Distrito Federal, México.

Güémez P., Miguel, 1988. "Las parteras empíricas: agentes tradicionales de la atención materno-infantil (El caso de Pustunich, Yucatán)", en Boletín de la Escuela de Ciencias Antropológicas de la UADY. Año 16, núm. 91, julio-agosto, Mérida, Yucatán, pp. 3-15.

Halbwachs, Maurice, 1994. "Les cadres sociaux de la mémoire", France, Éditions Albin Michel, Francia.

Heredía Cuevas, Joel, 2007. "Salud y Desarrollo Comunitario, Estudio de caso: Marqués de Comillas, Chiapas" Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Distrito Federal, México.

Hettne, Bjorn, 1982. "La Teoría del desarrollo y el tercer mundo", México.

Hurtado, Elena, 1998. "Desde la comunidad: percepción de las complicaciones maternas y perinatales en la búsqueda de atención", México.

Kelly, Isabel, 1955. "El adiestramiento de parteras empíricas desde el punto de vista antropológico", en *América Indígena*. Vol. XV, núm. 2.

López, Silva, María Concepción, 2005. "Luces y sombras del trabajo organizativo de mujeres, experiencia de la casa de la mujer Ixim Antsetik", Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Distrito Federal México.

López, Sánchez, Olivia, 1998. "Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México", Plaza y Valdes Editores, Centro de Estudios y Atención Psicológica A.C, Ciudad de México.

Luna Maya, Casa de Partos, 2007. "Evaluación anual de las parteras de Tenejapa", Red contra la Mortalidad Materno Infantil, Tenejapa, Chiapas.

Luna Maya, Casa de Partos y Pronatura, 2009. "Agenda Rosa: Partería Tradicional en Chiapas", San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Maurer, Eugenio, 1984. "Los tseltales". México: Centro de Estudios Educativos, México.

Mellado, Virginia, 1989. "La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano", México.

Moreno, Uribe, Verónica, 2005. "Alumbrado en la oscuridad, salud y derechos reproductivos, El caso de la capacitación a parteras rurales en el Cofre de Perote, Veracruz, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Distrito Federal, México.

Osorio, Rosa Ma., 1994. "La cultura médica materna". Tesis de maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia, SEP-INAH, México, D.F.

Paoli, Bolio, José Antonio, 2004. "Educación, autonomía y lekil kuxlejal: Aproximaciones sociolingüísticas a la sabiduría de los Tseltales", Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Distrito Federal, México.

Paoli, Bolio, José Antonio, 1997. "Formas de Apreciación en lengua y cultura tseltal", Educación y comunicación alternativa, Anuario, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Distrito Federal, México.

Parra, Pilar, 1991. "La mujer rural, las comadronas y el sistema mexicano de salud", en Estudios demográficos y urbanos (16). Vol. 6, núm. 1, El Colegio de México, pp. 69 – 88.

Piñeiro, Diego, 2004. "En busca de la Identidad", La acción colectiva en los conflictos agrarios de América Latina, CLACSO, Buenos Aires, Argentina.

Rodríguez, C, 2003. "La renovación del pensamiento crítico en América Latina: el aporte de Santos", Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Salazar, Villalva, Claudia, 2002. "Tramas, Subjetividad y Procesos; Intervención Trabajo sobre lo negativo", Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Distrito Federal, México.

Serrano C, 2002. "Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México", Instituto Nacional de Población, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México.

Tarrés, María Luisa, 2008. "Observar, escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social", El colegio de México, FLACSO, México.

Tejera, Gaona, Héctor, 1997. "Identidad, formación profesional y conflicto religioso en Chiapas", INAH-UNAM, México.

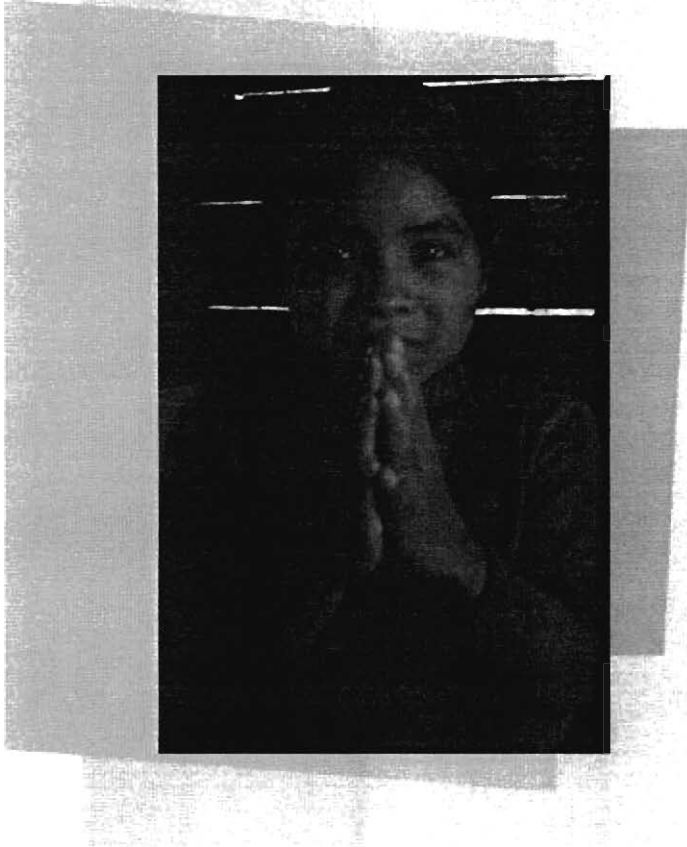
Villatoro, Elba María, 1994. "La comadrona a través de la historia en las prácticas obstétricas pediátricas", Centro de Estudios Folklóricos, Guatemala.

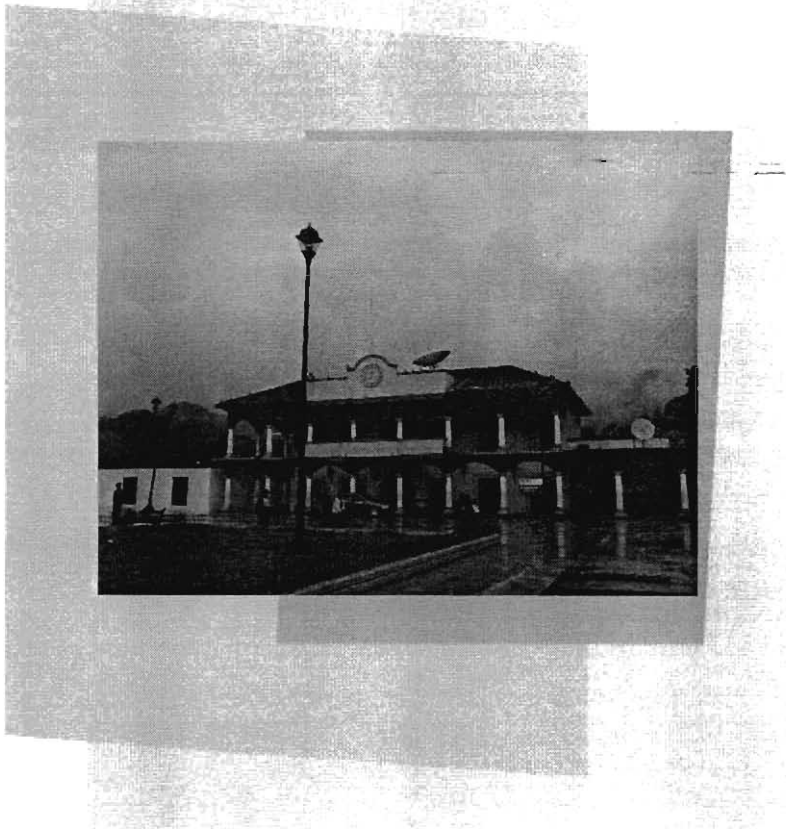
Zemelman, Hugo y Guadalupe Valencia, 1990. "Los sujetos sociales, una propuesta de análisis, en Acta Sociológica",.Vol. III, No. 2, UNAM, México.

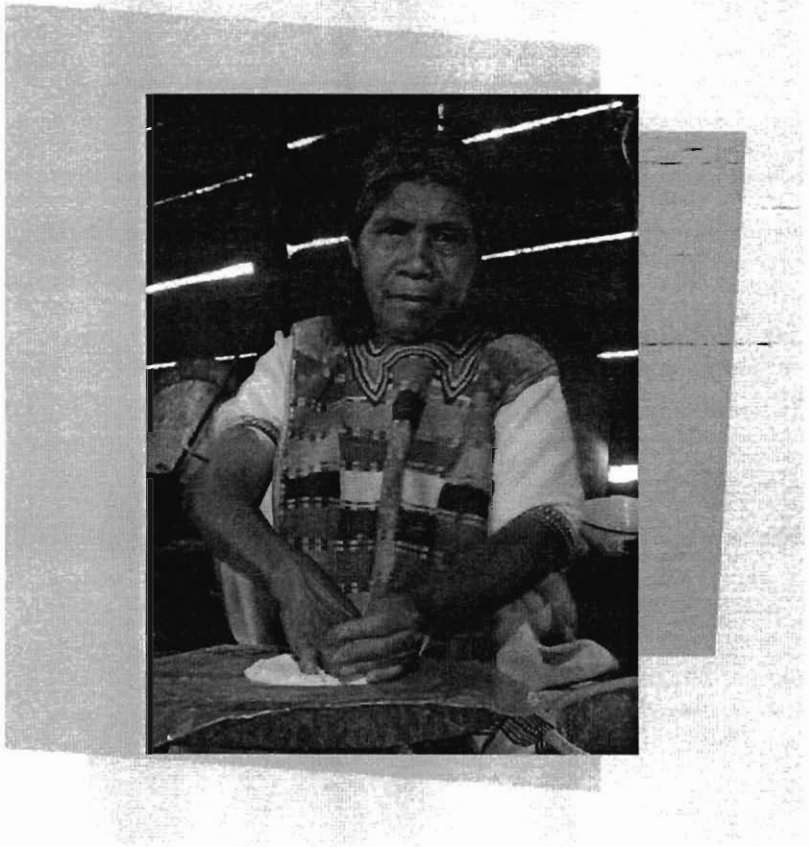
Zolla, Carlos, 1988. "Antropología, práctica médica y enfermedad en el medio rural", en E. Menéndez y Javier García de Alba (comps.), Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México. CIESAS, Universidad de Guadalajara, México, pp. 39 – 51.

ANEXO FOTOGRAFICO

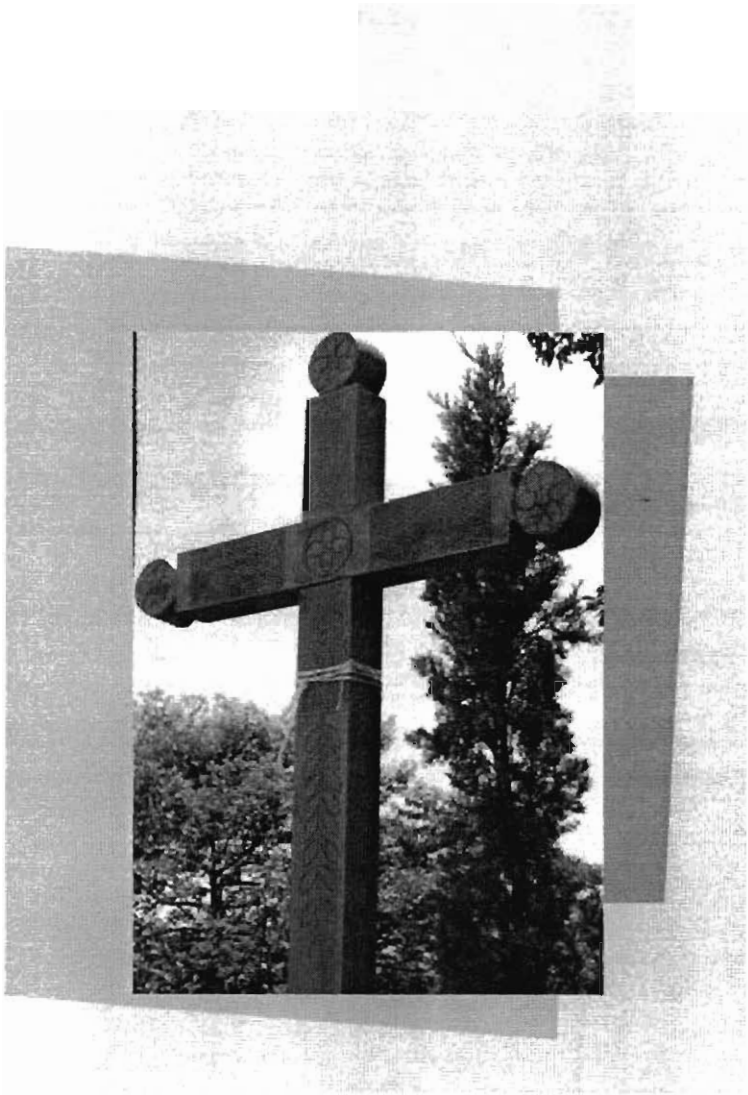
SÍMBOLOS DE PARTERAS





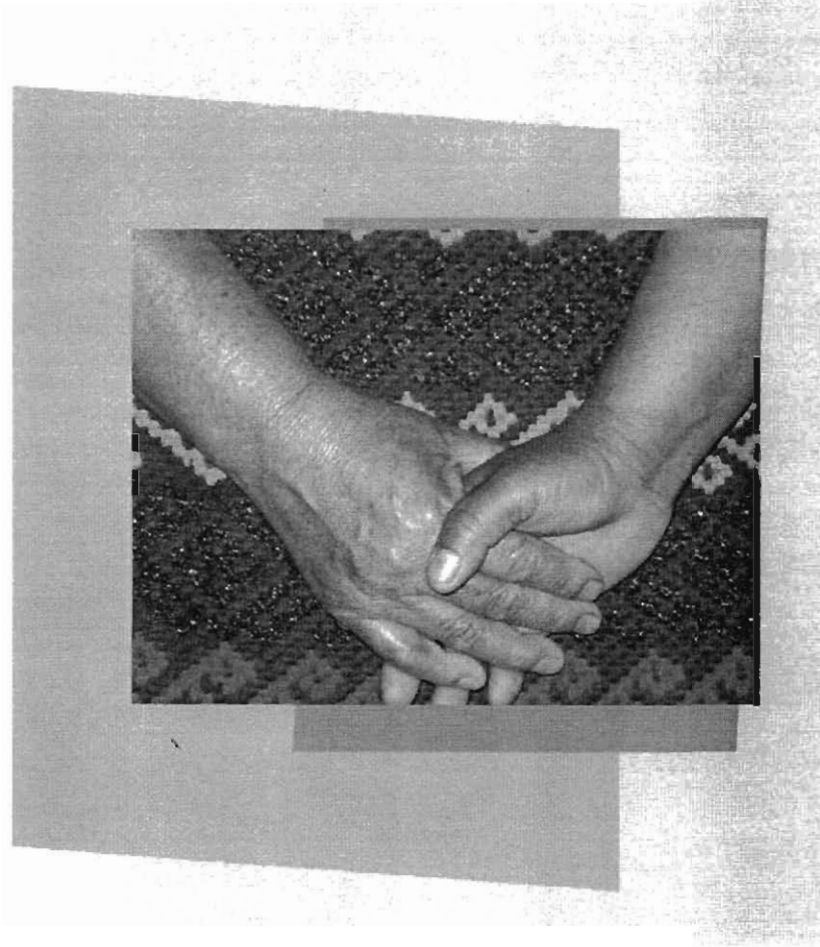


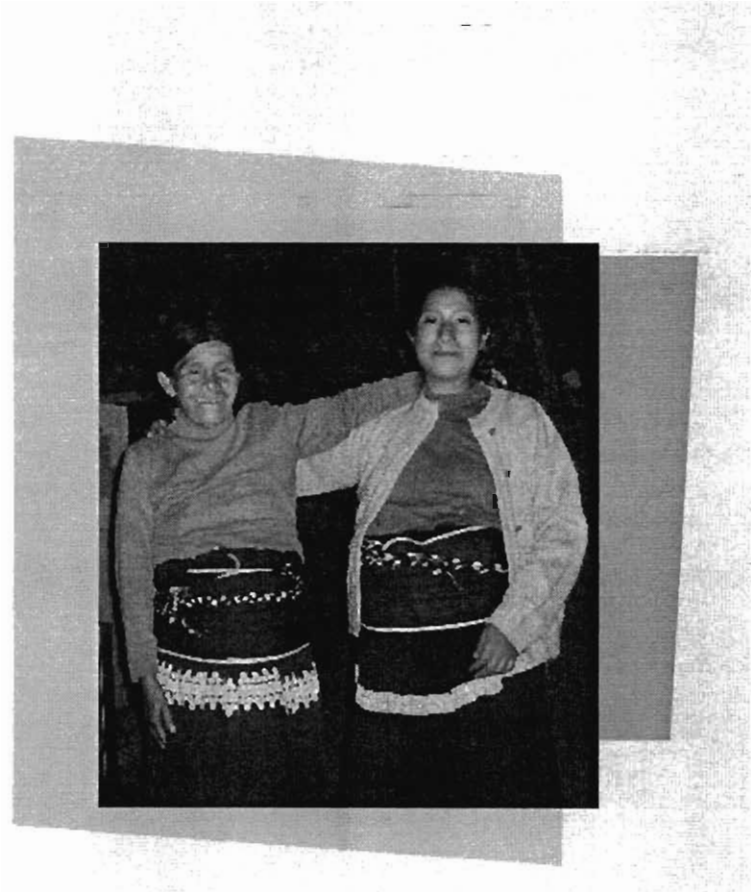




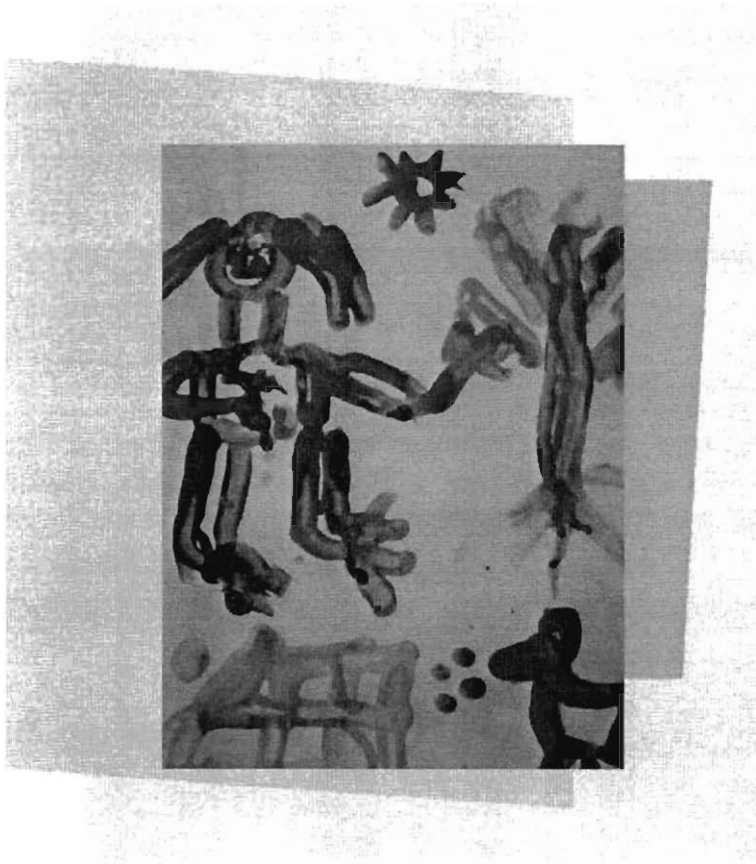


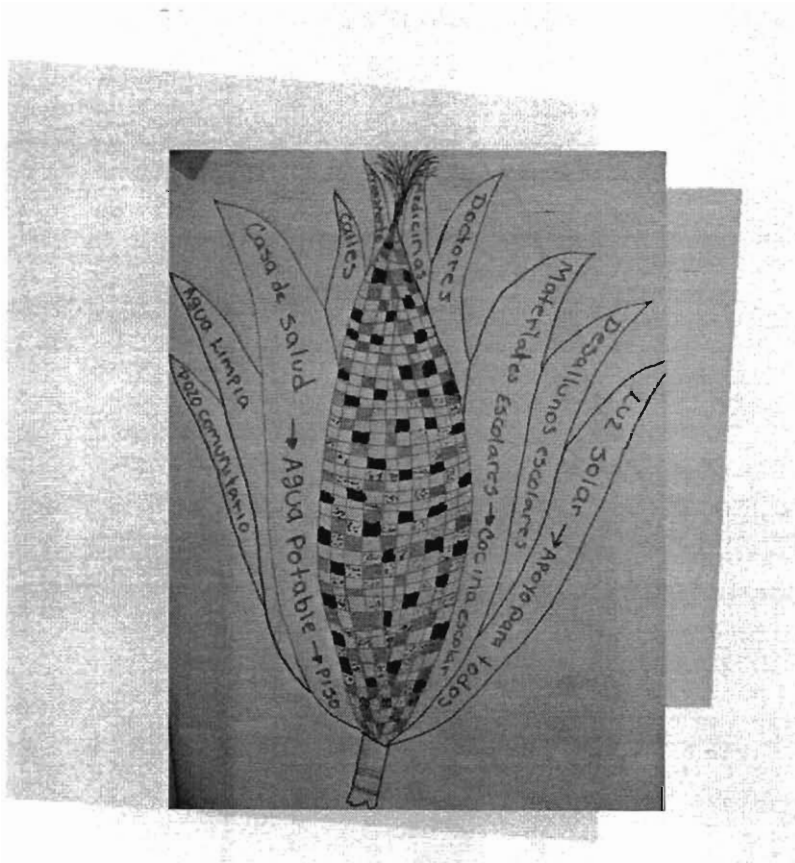




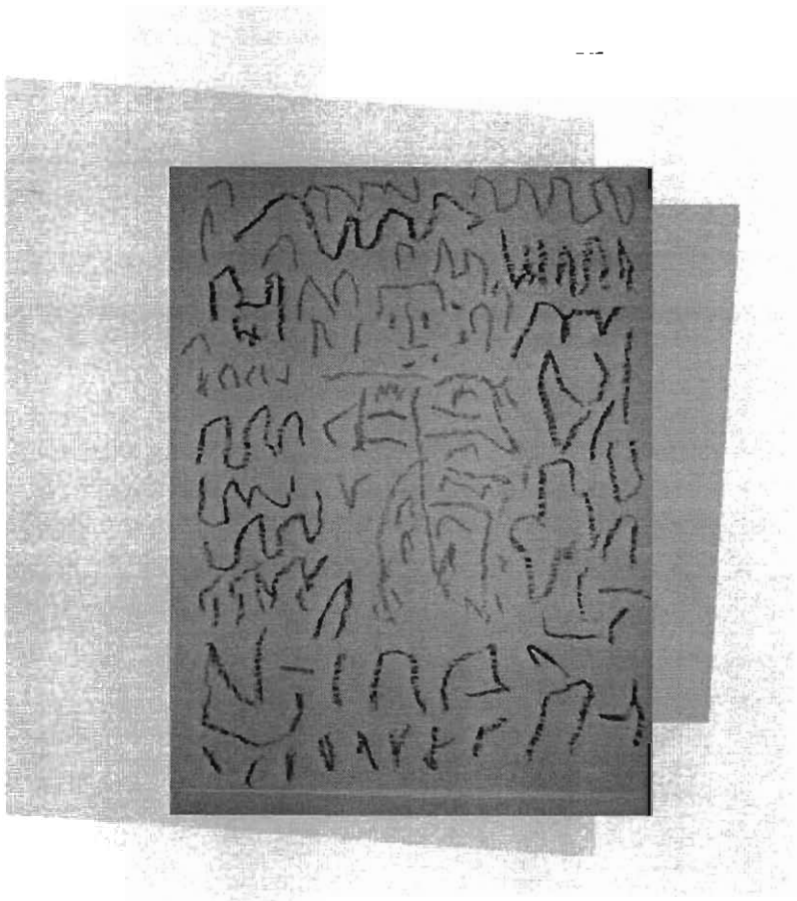


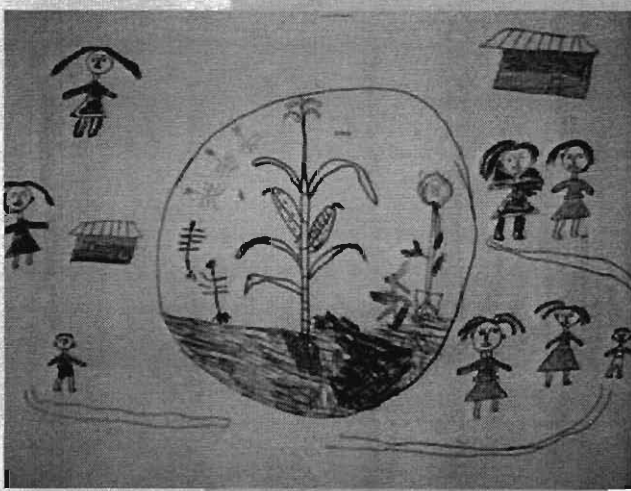
LA SALUD PARA LAS PARTERAS



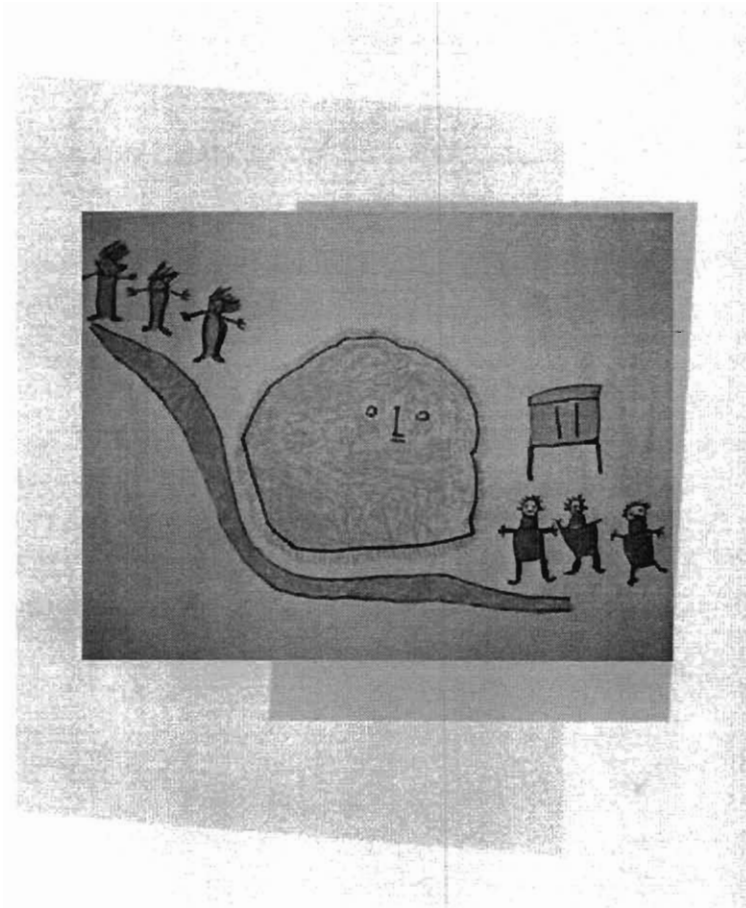












CONSTRUYENDO CON PARTERAS





