

Juan Manuel Rivera Acosta

**Partería tradicional en el centro de México; ecología política
entre medicinas y prácticas**

Pensamiento Crítico. Revista de Investigación Multidisciplinaria
Año 8, No. 14, Enero – Junio, 2021, pp. 1-14

Cómo citar este artículo: Rivera, J. M. (2021). Partería tradicional en el centro de México; ecología política entre medicinas y prácticas. *Pensamiento Crítico. Revista de Investigación Multidisciplinaria*, 14, 1-14.

Publicación editada por la Universidad UDF Santa María. Cedro No. 16, Santa María la Ribera, C.P. 06400, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Partería tradicional en el centro de México; ecología política entre medicinas y prácticas

Traditional midwifery in central Mexico; conflict between bodies, medicines and practices.

Juan Manuel Rivera Acosta*

Escuela Nacional de Antropología e Historia

Resumen

Este trabajo trata sobre la ecología política en las prácticas y conocimientos alrededor de la atención al parto, embarazo y puerperio, y las tensiones y conflictos debido a una relación asimétrica de poder en la arena política desde donde se enuncian y ejercen. Se trata concretamente, de cómo desde la perspectiva de un grupo de parteras tradicionales en el estado de Morelos su práctica a pesar de estar respaldada desde tratados y un sistema médico con visión intercultural se proscribió pues se privilegia un modelo biomédico sobre el llamado tradicional. Desde su narrativa se evoca la problemática a la cual se enfrentan al tratar de continuar sus prácticas de atención al continuum de atención y presentamos el papel que consideran desempeñan. Integra un breve resumen histórico sobre cómo el trabajo de las parteras se ha asimilado al sistema estatal de producción capitalista desde donde se cooptan sus prácticas siguiendo una epistemología científicista sobre el cuerpo, lo que produce y cómo se produce. Finalmente, se propone que las parteras tradicionales son depositarias de un saber que es apropiado y restringido en la posibilidad de practicarlo, esto a través de dispositivos institucionales y/o legales (ilegalización de la práctica) que acaban por ser internalizados o incorporados a través del miedo provocando un autocontrol.

Palabras clave: Partería Tradicional; Conflicto; México; Modelos médicos; Medicalización.

Abstract

This paper looks into the ecology of practices and knowledges around childbirth, pregnancy and puerperium care. More specifically, from the perspective of a group of traditional midwives in the state of Morelos, how traditional and modern childbirth attention conflict each other due to an asymmetry of power in place. Further, in this paper I pick up narratives about problems traditional midwives face when trying to continue the role they consider natural in the sexual and reproductive health care, which, despite an official discourse on the recognition and support of their practice, in reality their work is played down and condemned. Additionally, in this paper I make a brief historical summary on how the work of midwives was assimilated to a state system of capitalist production from where their practices are co-opted following a scientific epistemology on the body, what it produces and how it is produced. Finally, it is proposed that traditional midwives are depositaries of a knowledge that is appropriated and restricted, this takes place through institutional and/or legal devices (illegalization of the practice) that end up being internalized or incorporated through fear causing self-control.

Key words: Environmental Traditional midwifery, Conflict, Mexico, Medicalization.

*Becario del programa de Becas Posdoctorales IIA-UNAM. Contacto : juanriveraa81@gmail.com

Introducción

*“Y así nos fueron captando,
nos fueron metiendo miedo...”*

A grandes rasgos, la atención al parto en México se lleva a cabo siguiendo dos modelos: el biomédico o medicalizado, seguido por doctores en los hospitales y que reclama seguir métodos modernos y científicos, y uno tradicional, llamado también empírico, que practican las llamadas parteras tradicionales. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés), en *El estado de las parteras en el mundo* de 2011, define a las parteras tradicionales como: un grupo heterogéneo de miembros de la comunidad que no han recibido formación académica, que se desempeñan independientemente de los servicios de salud pública y que proporcionan atención durante el embarazo, el parto y el período postnatal.

Mientras que el modelo medicalizado se lleva a cabo sobre todo en las grandes concentraciones urbanas y atiende a un gran porcentaje de la población, requiere de una gran cantidad de infraestructura y recursos económicos, el tradicional, se encuentra segregado a espacios donde la infraestructura hospitalaria suele ser escasa en el mejor de los casos (debido a la marginalidad geográfica, económica y política), requiere de muy pocos recursos, y atiende a un número reducido de mujeres. Este modelo de atención se puede caracterizar en dos tipos de atención, el de carácter público nacional; un sistema de salud público de corte social que fue implementado en la década de los 40s del siglo pasado, y al que, pese a sus deficiencias y precariedades, tiene derecho un gran porcentaje de la población. Y uno llamado “privado” en oposición al social, que tiende a tener un gran costo económico y no está al alcance de toda la población debido a las grandes diferencias socioeconómicas que caracterizan a México.

La relación entre modelos, infraestructura y disponibilidad, aunque no es mutuante excluyente en cuanto a la posible atención a las mujeres, suele traducirse en una atención a la salud sexual y re-

productiva heterogénea y excluyente, sectorizada y racializada en México. Esto, desde la perspectiva del colectivo de parteras tradicionales en las que se basa este trabajo, genera un dilema entre diferentes modelos de atención debido a las condiciones estructurales y diferenciales de poder desde donde se enuncian y practican diferentes tipos de conocimientos, y los imaginarios sobre estos. Por ejemplo: Las feministas materialistas pueden ayudar a entender el porqué Guillaumin (1992), llama “sexage” haciendo un paralelo entre la apropiación de las mujeres y el “esclavage”. Para Guillaumin (1992), las expresiones particulares de la apropiación de la mujer son la de su tiempo, de los productos de su cuerpo, la obligación sexual y la carga física de los miembros discapacitados del grupo (bebés, niños, ancianos o enfermos y minusválidos), así como los miembros masculinos aptos. Siendo el matrimonio el principal operador de esta apropiación, ya que afecta al conjunto de las capacidades laborales de la mujer; el conjunto del servicio doméstico, la procreación y, en muchas sociedades, el trabajo agrícola.

Mientras en la práctica y discurso internacional la partería está teniendo una revaloración, y el papel de las parteras tradicionales se está reconfigurando como una figura a rescatar por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el continuum de atención al parto embarazo y puerperio, en la práctica y en contra de las recomendaciones mencionadas, el número de las parteras tradicionales en México se encuentra en declive, alrededor de unas 15 mil son reconocidas como tradicionales (UNFPA, 2014), y aún más pequeño es el número de partos que atienden. El 2.2% de los nacimientos en México fueron asistidos por parteras, principalmente tradicionales, en 2018 solo fue el 1.2% del total nacional (Secretaría Salud, 2018). Esto se debe a un número de causas a lo largo del tiempo; su práctica ha sido regulada desde el Estado, es condenada y marginada por instituciones de salud, sus conocimientos y métodos estigmatizados y ridiculizados por doctores, investigadores, y funcionarios del estado, y en algunos casos, como me lo comentaron mis interlocutoras, se autocensuran en su

practica por miedo. En este contexto ¿cómo se puede entender al miedo enunciado por mis interlocutoras? Propongo que este se debe investigar como el resultado concreto y simbólico¹ de la deslegitimación de un tipo de practicas y conocimientos específicos por una otra epistemología con un estatus privilegiado en una relación asimétrica de poder, la cual pone una epistemología de lo moderno² al centro.

A pesar de que la practica de la partería tradicional está protegida desde la constitución, y por ende protegida desde diferentes tratados que México ha suscrito con instancias internacionales. En el marco legal existente en México, la partería tradicional en tanto que medicina tradicional está reconocida por la Constitución Política (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 1917/2017) en los artículos 1 y 2, y en la Ley General de Salud en el artículo 6 y 93 (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión 2017), su negación o no reconocimiento constituye una violación a los derechos colectivos establecidos en la Declaración de las Naciones Unidas (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2012), sobre los derechos de los pueblos indígenas, que señala en su artículo 24-1 que los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Sin embargo, en la práctica, se ha relegado a espacios muy específicos, ya sea en el trasfondo de políticas públicas de atención al embarazo, y a las parteras tradicionales como proscritas de su labor y ejecutoras de decisiones de los doctores.

De esta manera, en la coyuntura actual entre discursos de modernidad en las practicas de la atención al embarazo, parto y puerperio, la llamada “partería tradicional” se encuentra en una encrucijada donde sus practicantes, generalmente mujeres de escasos recursos y racializadas como indígenas o mestizas en oposición a los médicos institucionales, son deslegitimadas por el papel que desempeñan en el continuum de atención al embarazo.

La ruta que sigo al recuperar algunas narrativas acerca del conflicto entre modelos de atención al parto, desde el punto de vista de un grupo de parteras tradicionales que se hallan a sí mismas en una encrucijada, busca situar la práctica de la partería en México, como una esfera política subyacente de transmisión de conocimientos referentes al cuerpo, asimétricos a la biopolítica³ y necropolítica⁴. es decir al control o no del cuerpo, de la reproducción humana y social y de la muerte, o las formas de conjurarla o desplazarla, que entra en tensión con la tradición medica científica predominantemente occidental, que es comúnmente referida como *moderna*⁵.

En otras palabras, las parteras tradicionales y su practica, desafían las concepciones de necropolítica y biopolítica normalizadas y legalizadas por las instituciones del estado. Más que simples practicantes insertas en las practicas normadas desde y por el sistema de salud, al mantenerse vigentes en el continuo de la atención a la salud sexual y reproductiva, se presentan como actores con agencia dentro de un entramado de historia, política y tipos de conocimientos, en el que se reivindican como guardianas de saberes tradicionales que hacen frente al mundo moderno en donde cada vez tienen menos posibilidades de continuar existiendo de una forma tradicional.

Es importante remarcar que este trabajo toma como punto de partida que las visiones de la partería, tanto la medicalizada como la tradicional, son igualmente validas en cuanto a la atención a el embarazo, y que la cuestión de fondo son las relaciones asimétricas de poder subyacentes al punto de narración. Creo que de esta manera se pueden hallar los puntos donde convergen y así señalar los conflictos en las visiones de estas para ver como esto se resuelve en distintas arenas políticas. En este sentido, trato de seguir en la medida de las posibilidades algo similar a el método de la ontología política propuesto por Blaser (2013), pues siento que esto está cercano, pero diverge al mismo tiempo a la visión de interculturalidad, promovida por el Estado, que busca facilitar un dialogo entre conocimientos y practicas en colisión.

Como alternativa al etnocentrismo europeo dominante se presenta la interculturalidad o pluralismo cultural. Este principio, se sostiene, promueve el diálogo cultural entre diferentes grupos, en un marco de respeto mutuo e igualdad. Además, el principio de interculturalidad implica, en primera instancia, un cuestionamiento del modelo social y cultural desde el cual se ejerce la medicina occidental, caracterizada por una tendencia hacia la exclusión de otros saberes en salud (Escobar 2010). Esto en otras palabras, busca resolver las relaciones de poder en efecto sin enfrentarlas, reivindicando una igualdad idealizada, que no considera el hecho de que las ideologías, normas, instituciones de poder se organizan alrededor de apropiación desigual de recursos ya sean materiales o inmateriales.

La metodología que sigo para elaborar el presente artículo es relativamente sencilla: recupero las narrativas recopiladas en el trabajo de campo que se llevó a cabo en la ciudad de Cuernavaca y en la Ciudad de México, durante el 2016 y el 2017, con un grupo de parteras tradicionales del Estado de Morelos. Durante este tiempo realicé entrevistas no estructuradas, así como entrevistas grupales/colectivas, a un grupo de parteras que variaba de número en cada ocasión debido al carácter periódico de sus reuniones, en lugares escogidos por ellas mismas, como parte de sus encuentros como parteras organizadas.

Esto, nos ayudará a abordar a la realidad más allá de las presunciones de una sola verdad y múltiples maneras de conocerla. En su lugar, parte desde la visión de un encuentro de múltiples visiones que a su vez representan diferentes tipos de conocimientos, desde mundos y universos diferentes y el conflicto que se negocian en las orillas de estas visiones y de la medicina en concreto. Para hacer esto, tomo como igualmente válidas las visiones del discurso moderno acerca de la atención al parto como la de las parteras tradicionales en cuanto a la forma en que lo atienden, ambos son métodos igualmente empíricos, la diferencia siendo de poder entre estos discursos en diferentes

contextos. Esto en palabras de Escobar (2010), es que estos diálogos son actuados desde la diferencia colonial, y son expresión de diferencias ontológicas subyacentes (diferentes mundos).

En este sentido los datos sobre la historia de la partería, así como los discursos modernos acerca de esta figura, sustentan el discurso medicalizado. Mientras que las entrevistas utilizadas para mostrar la visión de las parteras tradicionales acerca de su mundo nos abren la posibilidad de explorar la problemática desde una perspectiva única y que nos comparte sus preocupaciones de una manera vivencial, lo que nos permite ver diferentes tipos de violencia generadas desde las asimetrías de poder que repercuten en un miedo para continuar su practica.

Finalmente, el plan de exposición de los argumentos es el que sigue: primero, un breve repaso histórico de la figura de la partera; cómo es que ha llegado a estar en la posición marginal del modelo de atención al embarazo, parto y puerperio después de ocupar la posición central en el cuidado de las embarazadas tanto en la practica como en el imaginario social. A continuación, reviso la problemática actual en la definición de la partería y sus practicantes desde las narrativas producidas por organismos internacionales y nacionales alrededor de ellas. En último lugar, retomo y reflexiono sobre las narrativas recogidas durante las entrevistas con parteras acerca de su labor y rol en el sistema de salud, los conflictos que enfrentan y su futuro.

Partería tradicional: tensiones entre género, cuerpos y conocimientos.

La partería tradicional y sus practicantes, como ya se ha comentado arriba, ocupan una posición marginal en el sistema de salud en México. Sin embargo, esto no es exclusivo del sistema de salud mexicano en específico, ni mucho menos del trabajo y conocimientos femeninos. Como muestro en la siguiente sección, el rol de las mujeres, tanto en la atención medica como en el plano social, se fue configurando de la mano con la cooptación

epistemológica de los cuerpos, en especial de las mujeres, y de lo que producen y reproducen, tanto material como inmaterialmente. Entonces, ¿cómo es que fueron relegadas desde el papel que tenían anteriormente?

En la presente sección me propongo a responder a este cuestionamiento siguiendo un hilo conductor que me ayudara revelar a la partería no solo en la esfera de las practicas y conocimientos específicos a la medicina, sino que es análoga al papel de la mujer en occidente; es parte de un entretejido de varias nociones, más notablemente las de clase y género, y una epistemología que se apropia de los cuerpos femeninos. Es decir, la forma en que se relacionan las parteras, sus conocimientos y su genero tienen que ver más con narrativas sobre biopolítica y necropolítica; dinámicas pertinentes a la administración de los cuerpos desde el poder; cómo está normado que estos se crean, enferman, y mueren. El primer derrotero que sigo es la patologización del parto, los años 1560-1670, han sido descrito como un periodo particularmente "ginofóbico" (Dorlin, 2009), ya que anterior a esto no era considerado un evento médico, sino como algo natural y un evento de mujeres.

Siguiendo a Dorlin (2009), a lo largo de los siglos XVI y el XVII, hay una toma del control de la natalidad y el "poder natural" de la mujer sobre la reproducción; las autoridades médicas, eclesiásticas y políticas se enfocaron a desplazar a las parteras, creando procedimientos de registro y autorizaciones para ejercer, así como de verificación de sus capacidades profesionales. Más específicamente, Uzandanga (1944), nota que en 1548 se promulga una ley para examinar a médicos, cirujanos y barberos, y se prohíbe dicho examen a embalsamadores, parteras, especieros y drogueros. En una separación de los oficios relacionados a la salud o y atención a los cuerpos, las parteras son colocadas en el segmento menos regulado y desligado de los que se habrían de considerar parte de la ciencia médica en sí. Esto dio paso a que en el siglo XVI la profesionalización de las ciencias médicas fuera excluyendo a las mujeres como parte del gremio (Argüello-Avenidaño y Mateo, 2014).

Entonces, lo que se puede notar de este periodo es la exclusión progresiva pero firme de la esfera de practicas del cuidado de la salud, de las mujeres, y de formas de relacionarse con la naturaleza, de los conocimientos de los cuerpos (más marcadamente de los femeninos) por mujeres, a través de dispositivos epistemológicos; una colonialidad del poder desde una narrativa acerca de su poca competencia, ya sea en conocimientos, habilidad o motivaciones. En este sentido el relato de Federici (2010) sobre *Gostanza*, una mujer curandera juzgada por brujería en San Miniato, en 1594 es ilustrativo:

Después de enviudar, Gostanza, se había establecido como curandera profesional. Vivió con su sobrina y dos mujeres mayores igualmente viudas. Otra viuda, su vecina, era su fuente de especias y demás insumos para sus medicamentos. Sus conocimientos y herramientas para curar eran los aceites, plantas y polvos presentes en la naturaleza. Era buena su reputación y sus relaciones sociales en el sentido de que todos alrededor iban a verla para ser curados de enfermedades y afecciones metafísicas. Pero esta red de relaciones sociales, conocimientos e imaginario social, no habría de valerle para no ser perseguida como bruja después del concilio de Trento (p. 276).

El Concilio de Trento (1545-1563), base de la contrarreforma, tiene un fuerte impacto para los curanderos y brujas buenas ya que habría de adoptar postura dura contra los curanderos populares y demás figuras con bases sociales amplias. De esta manera, la persecución de la curandera del pueblo desposeyó a las mujeres de un patrimonio de conocimientos acumulados y transmitidos de generación en generación. También, promovió el ascenso de la medicina científica profesional (Federici, 2010). Siguiendo a Dorlin (2009), es también gracias a la caza de brujas y a la teoría demonológica que se populariza la idea de que la mayoría de las matronas son brujas que practican el infanticidio. Y así, a finales del siglo XVII, el cuerpo femenino se convirtió no sólo en un asunto público, sino también en un objeto digno de investigación e interpretación.

Como corolario, Argüello-Avenidaño y Mateo (2014), señalan que en el siglo XVIII el monopolio en la atención a las mujeres embarazadas es finalmente roto y sustituido por el de los cirujanos co-

madrones, quienes ya desde el siglo XV habían comenzado a practicar la atención al parto, en un principio extrayendo fetos en partos mal logrados, pero poco a poco ganaron espacios. Desde el siglo XVII se les autorizó para que asistieran partos normales (Usandizaga, 1944).

Todo el proceso de negación y neutralización del conocimiento femenino pasa por acusaciones desde el poder de las elites y las mujeres no tienen otra opción que jugar la carta de la profesionalización. En este sentido podemos ver como el cuerpo femenino es descolocado de su agencia y pasa a ser un lugar de incorporación de fuerzas económico-político-sociales (Butler, 2002). Mientras que, este movimiento, es emparejado con una muralla de conocimiento científico indisputable, inasequible y ajeno a las clases bajas (Federici, 2010).

Es así que la partería en Europa se ve supeditada a un poder y una epistemología dominante; la consolidación de un poder alrededor de un discurso ginecofóbico de la atención al embarazo, que declara a las mujeres no aptas para la atención de los partos y a las parteras las descarta por su tipo de conocimientos que no corresponde a las reglas médicas. Como ejemplo de los argumentos contra las parteras acerca de su labor encontramos las palabras de Piferrer citado en Argüello-Avenidaño y Mateo (2014), en las que opina acerca del papel y del tipo de conocimiento ejercido por las mujeres:

Son generalmente las parteras de una esfera, que haciéndoles emprender la dificultosa práctica de su facultad con poquísimas luces, que las dispongan, hace también que sean muy cortas las que les dan sus maestras: son vulgo, y como tales no recapacitan, porque les faltan principios, y si notan algo de extraordinario, más presto admiran el prodigio que buscan la razón, o el motivo de su rareza (p. 18)

Esto plantea la pregunta acerca del papel que la incipiente ciencia moderna jugó en esto. Si bien, la Ilustración puso al centro de la relación de la humanidad con la naturaleza la racionalidad científica, este cambio tuvo consecuencias trascendentales en la forma en que se entendería al mundo a partir de este momento y se puede entender como el factor determinante en el fin de la caza de brujas y comadronas.

Sin embargo, siguiendo el argumento de Federici (2010), hay que enunciar que los jueces que en la década de 1650 ponían freno a los juicios contra las brujas nunca cuestionaron la realidad de la brujería; siguieron aceptando la magia natural -las prácticas y conocimientos de las brujas y comadronas- como potencialmente verdadera. En otras palabras, podemos entender al fin de la persecución de mujeres a finales del siglo XVII, si bien como consecuencia del uso de la ilustración como un dispositivo epistemológico que reordena el mundo, no se puede dejar de lado que la ciencia fue utilizada dentro de la arena política que permitía coexistir diferentes tipos de conocimientos mientras estos estuvieran en una relación asimétrica de poder que mantuviera al centro los intereses de las clases dominantes, quienes gozaban de una creciente sensación de seguridad en relación con su poder, después de haberse apropiado del papel y el conocimiento de las mujeres, y conseguido hacer del cuerpo femenino un espacio público. Esto en sí es trascendental en el sentido que si bien al margen, las parteras coexisten, y pueden seguir practicando y transmitiendo un tipo de conocimientos que habrían de configurarse como contra-estatal y contra-establecimiento.

En cuanto a América en general y en México en particular, la trayectoria de la partería no fue diferente a su contraparte europea; se centró la atención médica, especialmente en el parto, se configuró alrededor de los médicos y cirujanos, se utilizaron dispositivos ideológicos desde las clases dominantes para desplazar a las mujeres y colonizar sus conocimientos, cuerpos, y allanaron de fondo sus relaciones con otras mujeres, la sociedad y la naturaleza. A la llegada de los españoles, quienes trajeron consigo su bagaje conceptual, prácticas, e imaginarios sociales, se reestructuró la economía nativa y el poder político en favor de los hombres. En la economía colonial, las mujeres fueron reducidas a la condición de sirvas que trabajaban como sirvientas —para los encomenderos, sacerdotes y corregidores— o como tejedoras en los obrajes, al mismo tiempo, las mujeres se convirtieron en las principales enemigas del dominio colonial, negándose a ir a misa, a bautizar a sus hijos o a cualquier

tipo de colaboración con las autoridades coloniales y eclesiásticas (Federici, 2010). Y es que, *al perseguir a las mujeres como brujas, los españoles intentaban redefinir las esferas de actividad en las que las mujeres podían participar* (Silverblatt, 1987, p. 160). Las mujeres eran parte de las redes que continuaron antiguas prácticas pre-conquista y que eran denunciadas por el clero. Ejemplo de esto:

...en 1584, el obispo Pedro de Feria, en una visita a Chiapas, fue informado de que los jefes locales aun practicaban ciertos ritos que eran presididos por mujeres con las cuales tenían sexo (al estilo de los aquearres), y en las cuales los hombres y mujeres se convertían en dioses y diosas (De León 1985, en Federici 2010 p. 294).

En la siguiente sección me propongo a hacer la conexión entre estos movimientos en la historia global y el papel de las parteras en los modernos sistemas de salud, y específicamente como su labor es acotada epistemológicamente desde el espacio de las instituciones. Y es que como se podrá notar, este movimiento anti-femenino que tiene su origen en los estados pre industriales sobre todo en Europa y siguiendo su colonialismo se extendió hacia sus colonias en América, y que desde la época colonial ha culpabilizado a las parteras por la mortalidad materna infantil, al tiempo que se proclamaba la necesidad total reemplazo por doctores y enfermeras habría de continuar su trayectoria hasta los modernos centros de salud, ya sean estatales o privados (Birn, 2006). Actualmente, es en los hospitales y normativas de los sistemas de salud públicos donde se pueden ver los paradigmas y narrativas contemporáneas alrededor de su papel y conocimientos para la inclusión, o no, de las parteras tradicionales, o profesionales en el continuum de atención al parto y como estos llegan a ser divergentes de lo propuesto por organismos internacionales e investigadores.

La partería según organismos internacionales y nacionales

Como he hecho notar, uno de los problemas que enfrentan las parteras tradicionales es la configuración histórica de un discurso cientificista de la medicina que empatado con un marco jurídico

enuncian los límites de las labores que legalmente pueden ejercer. El segundo derrotero que sigo, propongo, permite ver justamente la misma expropiación epistemológica de cuerpos y conocimientos, pero en esta ocasión en la esfera occidental moderna, desde los cambios en la perspectiva y narrativas de los organismos internacionales, con los cuales las naciones subscriben acuerdos que guían sus políticas públicas desde premisas de un cientificismo universal y un relativismo cultural.

El UNFPA (2002), menciona que las parteras *“carecen de los conocimientos necesarios para atender problemas que amenazan la vida de la embarazada”* (p. 4), aun cuando algunas hayan recibido capacitación académica para evitar prácticas peligrosas o contaminantes. Esta misma posición se mantiene un par de años después cuando la UNFPA (2004), menciona que las parteras tradicionales no tienen instrucción suficiente ni los conocimientos necesarios para atender complicaciones obstétricas o remitir esos casos a establecimientos adecuados. Sin embargo, se comienza a notar un giro en su discurso al considerar en este mismo documento a las parteras tradicionales como un nexo entre las mujeres y el sistema de atención de la salud. Se recomienda que *“cuando se necesite remitir a las mujeres embarazadas a un establecimiento mejor preparado, las parteras tradicionales serán bien recibidas allí por los profesionales de la salud”* (UNFPA, 2004, p. 89). Por otro lado, la OMS (2005), reconoce que el rol de las parteras tradicionales está profundamente enraizado en la cultura local y no se reduce a dispensar asistencia para una afección determinada: lo abarca todo y reinterpreta el padecimiento de la paciente en su contexto cultural .

La definición del rol de las parteras tradicionales en el Estado de la Población de 2008, nota como a los profesionales de la salud acreditados en la atención perinatal a los dotados de conocimientos para atender embarazos y partos normales (sin complicaciones) y el período postnatal inmediato a las parteras, médicos o enfermeras (UNFPA, 2008). Esta definición excluye a las parteras tradicionales hayan sido capacitadas o no.

Por otro lado, en contra de este movimiento de homogenización internacional y supeditación de la figura de la partería tradicional, varios países de Latinoamérica como Perú, Bolivia, Ecuador y México han rescatado la figura debido a los históricos beneficios de su atención y por las características mismas de su población a través de la figura de la interculturalidad. Ejemplo de estos proyectos es Perú que cuenta con una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación intercultural (Ministerio de Salud, 2005), al igual que Chile (Ministerio de Planificación, 2006) Ecuador, Bolivia (ver Arnold, 2001), entre otros desde donde se rescata la figura de la partera tradicional. En Ecuador la Constitución reconoce al país como multiétnico y pluricultural y se acepta e impulsa la práctica y desarrollo de la medicina tradicional.

En otras naciones también, la población en general ha estado de acuerdo a favor del acompañamiento por parte de las parteras tradicionales debido a sus ventajas fisiológicas, culturales y sociales (UNFPA, 2014). En particular, este modelo permite escapar a los prejuicios a los que se tiene que enfrentar la población indígena al momento de recurrir a los hospitales por atención, como: trato deshumanizado, temor a la operación cesárea, no se les permite parir de la manera que ellas conocen, no se les permite caminar, no se les permite ingerir líquidos ni alimentos, no se les permite la compañía de sus familiares, se les aplica procedimientos y tecnologías desconocidas por ellas. Por otro lado, se ha encontrado que muchas mujeres se sienten ofendidas por la jerga racista y despectiva inherente al uso de términos actuales como el llamado “parto limpio”, con su implícita crítica de las prácticas de la gente rural por ser éstas “sucias”.

Para resumir, podemos ver que a lo largo de su historia y en particular a partir del siglo XVII, en Europa y América, se realizó un movimiento hacia la obligatoriedad de parir en un modelo bajo el control de médicos obstetras marginando a las parteras tradicionales para tal atención. Siguiendo a Belli y Arnold (2013), este cambio respondió a una profundización del proceso de exclusión de

saberes locales, producto del desarrollo de la colonialidad del poder y del saber, lo que condujo (y sigue conduciendo hoy en día) a la implementación de diversos tipos de intervenciones dirigidas al control social que intentan fortalecer el poder de un modelo médico hegemónico. Sin embargo, la figura de la partera tradicional no ha sido borrada del todo, ya que desde la pervivencia -ya sea marginal o no- de su práctica, y recientemente debido a los cambios en las narrativas alrededor de su papel que desde la interculturalidad busca rescatar sus conocimientos y prácticas frente al Estado y es ampliamente aceptado y usado por la población que tradicionalmente es atendida por ellas, pero, ¿Cómo se ve esta historia vivida desde la perspectiva de las parteras tradicionales en activo?

Trabajo con Doña Marina

Durante el encuentro de partería tradicional en la Ciudad de México en el 2017 realizado por una de las organizaciones más grandes de partería tradicional en el país tuve la oportunidad de conocer a varias practicantes y algunas de sus preocupaciones, también ahí fue donde pude comenzar mi relación con algunas de las parteras que posteriormente me permitirían tener conversaciones y entrevistas de donde se deriva el presente trabajo. Así es que derivado de este encuentro fue que conocí a Doña Marina, partera tradicional del estado de Morelos, de 60 años, a lo largo del tiempo de la investigación me encontré con ella varias veces en los lugares de su elección. Nuestros encuentros casi siempre coincidieron con reuniones que ella tenía con un grupo de parteras con las que comparten muchas características, no se autoadscriben como personas nativas, sino como mestizas con conocimientos ancestrales heredados, viven en la periferia de la ciudad de Cuernavaca, tienen años de practicar y fueron entrenadas por la Secretaría de Salud de su estado en el uso de prácticas modernas bajo el pretexto de ser incluidas en un programa de trabajo con parteras tradicionales. Es de este grupo y en específico de Doña Marina de quien tomo su narrativa como hilo conductor para

articula este trabajo, esto se debe en gran medida su historia y experiencias que encuentro representativas del grupo de parteras con las que pude trabajar, además de que Doña Marina siempre fue muy amable al narrarme sus problemas, su visión del parto y la practica de la partería, y a ayudarme a poder entrar en contacto con muchas parteras que comparten muchas de sus vicisitudes en general.

Su práctica como partera comenzó con ella siendo muy joven, siguió su vocación y aprendió, a su vez, de su madre, -y aunque ha intentado transmitir sus conocimientos a su hija, esta estudia enfermería en una escuela de medicina bajo el modelo medicalizado-, y fue debido a los cambios implementados en la práctica para la medicina tradicional desde el gobierno estatal de Morelos y la secretaria de salud, tuvo la necesidad de volverse políticamente activa, es así que al momento de conocerla era la coordinadora de una asociación de parteras tradicionales de su estado.

A pesar de los intentos del Estado por llevar el modelo biomédico de la atención al parto a un nivel universal bajo la premisa de su cientificidad y seguridad, las parteras tradicionales siguen siendo una figura importante en la atención a las embarazadas, sobre todo para las de menores recursos económicos, racializadas, o las que simplemente prefieren acudir a las parteras tradicionales en vez de a los servicios de salud manejados por el Estado o privados. Para Doña Marina, esto constituye una doble moral, en su exegesis al preguntarle sobre su visión del trato a las parteras tradicionales por parte de las instituciones del Estado: "*por un lado nos apapachan por otro nos desculturizan⁶, por el otro nos medicalizan, y por el otro lado [dicen que] la partera no sirve*".

Y es que desde su visión el ejercicio de la partería ha sido arrebatado a través de manipulaciones la cual ella llama "*la red del engaño*". El significado de esto es que el Estado ha captado a las parteras a través del sistema de salud mediante un proceso de reconfiguración de su figura y de sus prácticas. Desde su posición hegemónica prohibió sus prácti-

cas y su autonomía, formando así a un tipo de figura ambigua a la merced de las políticas y prácticas del modelo hegemónico de la medicina. Esto funciona a dos niveles. Por un lado, las parteras son captadas para ser incluidas en el sistema de salud, y así pueden ser reguladas e instruidas en el uso de instrumentos y conocimiento médico moderno. Y por el otro son limitadas para ejercer su práctica a través de los mismos conocimientos que les son instruidos. Como lo refiere Doña Marina:

"miedo porque, porque ...antes nosotros atendíamos partos como vinieran, pélvicos, como vinieran, no, si venía transversos los volteábamos o los manteábamos, o sea que era otra cosa. Pero poco a poco [nos fueron diciendo], no hagan esto, que eso es malo que le pueden arrancar la placenta a la mamá o pueden hacerle daño al bebé, se puede estrangular. Y decíamos, ¿será?, si toda la vida lo he hecho, y mi mamá, y la mamá de mi mamá, y nunca se les ahorco nadie [...]. Antes no había ultrasonido ni nada, y como que sí empezaron a meter miedo"

Las implicaciones "*del miedo*" son varias, según Doña Marina, y tienen que ver más que nada con la persecución de las parteras por utilizar sus conocimientos no científicos y hasta los modernos fuera de la supervisión de los médicos. Esto se extiende hasta la criminalización de su labor la cual llega hasta amenazarla con meterlas en prisión:

¿Si la Secretaría me lo enseñó, entonces, por qué ahora me criminaliza, me amenaza con meterme al bote? ¿Por qué me criminaliza que ponga en práctica lo que me enseñó? Me enseñó a reconocer infecciones y ahora ya no puedo dar nada, ni plantas, ni alópata. La secretaria de salud nos ha dado mucho en cuestión de conocimiento que no tuvimos en una universidad, entonces nos medicalizó, y ahora no quieren que demos plantas, que ya no podemos utilizar una oxitocina...

De las palabras de Doña Marina, podemos ver que el miedo sirve para establecer una jerarquía entre los conocimientos de las parteras y los conocimientos biomédicos o científicos, pues en sus palabras "*nos ponían el miedo, por otro lado, nos ponen el conocimiento de otra categoría*". Los co-

nocimientos tradiciones son los que ella liga a lo que ella misma nombra como su "cosmovisión", y al respecto comenta que esta "se fue relegando", prohibiendo entre otras cosas el uso de la herbolaria tradicional con la que ellas están acostumbradas a ayudar a la recuperación de sus pacientes: "Nos prohibieron 400 plantas, que son plantas reinas con las que toda la vida nos hemos curado". Todo esto es constitutivo de lo que Doña Marina llamó la red del engaño; "Si la red del engaño, pues porque nos quitaron todo eso, y después, pues ya no te puedo sobar, porque dice el doctor que te vas a morir".

Para este grupo de parteras tradicionales la red del engaño es el reemplazo de sus conocimientos por la capacitación ofrecida y la posterior prohibición de aplicar cualquiera de los dos tipos de conocimientos: "Todo lo que nos han enseñado nos lo prohíben, y todo lo que nosotros sabemos culturalmente nos lo prohíben". Este movimiento es agravado por su imposibilidad de brindar atención a segmentos de la población que anteriormente atendían pues ahora son considerados de alto riesgo como las embarazadas menores de 20 años o mujeres mayores de 35 años: "Si antes atendía de más de 50 chiquillas de 12, 13 años, ahora parece que la que es de alto riesgo es la partera". Ante esto Doña Marina reconoce que a este miedo lo internalizó hasta sentirse: "como un peligro para la embarazada".

La respuesta de las parteras a estas acciones ha sido simplemente ir retomando fuerza tanto como actores en la atención a las embarazadas, como grupo rescatando sus conocimientos. Doña Marina me comentó que en conversaciones con sus compañeras reflexionaban qué debían hacer al respecto: "Con otras compañeras les decía: "Oye ¿A ti qué te parece esto que la secretaria nos está haciendo?", ¡Nos estaba quitando la fuerza!, y pues dejamos por desoír lo que nos decía la secretaria". En este sentido es muy significativa su reflexión acerca del rol de las parteras frente a la coyuntura de la modernidad: "No vemos cabida, entonces, ¿dónde vamos a quedar? Como parteras tradicionales no encajamos en ningún lado, ¿dónde vamos a quedar?".

Frente a esta reflexión le pregunté a Doña Marina y a su grupo acerca de su visión del futuro de las parteras, lo que reveló que su idea de la partería rebasa la esfera de la atención a las embarazadas y que para que haya un posible futuro para las parteras tradicionales y su practica se tiene que trabajar desde la arena de la política occidental:

"O sea, queríamos ser parteras tradicionales, pero con un título que nos amparara, con un reconocimiento. Y nos estaban encasillando en la madrina obstétrica, porque ya no éramos parteras tradicionales ni empíricas ni nada"...[La madrina obstétrica] es una labor que hemos hecho nosotras siempre, el acompañamiento, que si hay que llevarla al ministerio público porque le pegó el marido, que si hay que llevar a registrar al niño vamos, que si vamos a ayudar al niño en la escuela con la directora vamos. Es lo que siempre hemos hecho y en eso somos las primeras. Pero nos encasillaron en ese nombre, pero no queremos que nos llamen madrina obstétrica, que la secretaria nos llame como parteras tradicionales ... que nos den nuestro lugar, que nos reconozcan como parteras tradicionales, porque nosotras atendemos con plantas medicinales, damos temazcales, baños de vapor, baños de tina con plantas medicinales, sobamos, curamos empachos, espantos, mal de ojo, de todo, de una descompostura, si sabemos cuándo una persona se fractura y le decimos que vaya con el doctor"

Es importante recalcar que en la visión de las parteras a las que consulte no se hallan en contra del sistema de salud, "nosotros no somos un enemigo de la SS, ni consideramos que sea nuestro enemigo, las políticas se dieron así y así salieron", si no que se ven a sí mismas como complementaras de este. Para ellas, su papel es atender a la población que el sistema de salud, por diversas causas no puede atender. En este sentido, desde su mundo, ellas buscan coexistir con el sistema de salud moderno. Reivindican ser reconocidas como otra forma de atención, y que este reconocimiento les garantice una vida digna:

"La forma es que nos involucraran en el trabajo, como en el club de embarazadas. Así que la secretaria nos reconociera como parteras. Y a lo mejor que nos den un

suelo. Porque así yo tengo un trabajo, no necesito que me dé nada el gobierno y, al contrario, le estoy quitando chamba. Porque se les saturan ahí –en la clínica– y andan pariendo hasta en el baño, y nosotras estamos desaprovechadas. Se tiene que hacer algo para que a cada quien se le dé su lugar. Y si no nos dan un reconocimiento más profesional, pues que los médicos nos acepten más ¿no?”

Conclusiones

Siguiendo el argumento de Laqueur (1994), podemos decir que el cuerpo de la mujer es el resultado político-histórico de la intervención de un modelo patriarcal que fue cambiando según los ideales de cada época, y la biomedicina representa el modelo oficial de este ejercicio. En otras palabras, como he desarrollado en mi argumentación arriba, históricamente ha habido un ascenso de un modelo médico que privilegia el papel del médico/cirujano occidental sobre el femenino de partera/comadrona tradicional, anteriormente, este último tenía un control cuasi-hegemónico sobre el conocimiento alrededor de la atención al embarazo parto y puerperio, al igual que sobre el conocimiento del cuerpo de las mujeres, el cual habría de ser expropiado. Esta trayectoria está emparejada con movimientos que tienen que ver con la arena política más que con la eficacia del tipo de práctica y conocimientos específicos inherentes a cada uno de los modelos médicos.

En este sentido, propuse, que para entender el rol de la partería tradicional, y en concreto el del grupo de parteras tradicionales con el que interactué, y sus practicantes en la actualidad habría que reconectarlos con la historia de las mujeres; como estas fueron perseguidas como brujas y comadronas, como su cuerpo y conocimientos fueron expropiados por el estado, la medicina y la ciencia naturalista reformulando el imaginario social sobre la relación de las mujeres con la medicina, la partería y con el cuerpo femenino, “*reconcepción que pone en tela de juicio el modelo mediante el cual la social actúa unilateralmente sobre lo natural y le imprime sus parámetros y sus significaciones*” (Butler, 1993/2002, p. 22).

Así mismo, los tropos que recupero del trabajo de campo, “*así nos fueron captando*”, y “*nos fueron metiendo miedo*”, sugiero, hacen esto mismo desde la agencia de sus actores; condensan una historia que se apropia de las mujeres, al mismo tiempo que se vuelven agentes activos en esta relación asimétrica.

Dicho de otra manera, debido a las articulaciones históricas que condujeron a la difusión del sistema biomédico moderno institucionalizado, que se ha consolidado por encima de los otros tipos de atención a las necesidades de salud de las poblaciones, excluyendo a otras formas de conocimientos por argumentando que el tipo de práctica es inferior y utiliza adjetivos que van en detrimento de sus prácticas cargados de simbolismo negativo como “*empíricas*”, “*míticas*”, “*primitivas*” (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Esta posición hegemónica de la medicina moderna se conecta asimétricamente con otros tipos de conocimientos médicos y del cuerpo, por ejemplo, los llamados tradicionales, se traduce en que los proyectos de salud que deberían contemplar la ecología de prácticas y conocimientos médicos existentes terminen, casi inevitablemente, refuncionalizados al servicio del primero, pero también por los efectos concretos del miedo, lo cual es resistido desde las practicantes mismas, y por las mujeres a quienes atienden.

A pesar de los beneficios que representan para el sistema de salud, las parteras tradicionales raramente son contempladas al momento de diseñar los programas y proyectos, para la atención del embarazo, para hacer lo que significarían transformaciones sustantivas en los marcos existentes para la atención a la población de menores recursos a pesar de que su labor está protegida desde la constitución y otros marcos legales. Sin embargo, la partería tradicional en México ha resistido y sobrevivido como saber heredado y transmitido oralmente (Botteri & Bochar 2019). Importa subrayar que en México se ha dado una coyuntura en la que el activismo ha promovido el derecho al parto humanizado; sin embargo, aún no se ha logrado res-

catar a la partería tradicional, y ni siquiera colocarla en un lugar significativo.

Finalmente, acerca de las alternativas a la interculturalidad, y otros modelos que propongan cerrar la brecha en las relaciones de poder entre tipos de conocimientos, habría que mirar por ejemplo a la cosmopolítica, que configura un movimiento teórico sobre el que no profundizaremos aquí pero del que retomamos su intento por superar la división entre los reinos de lo natural y lo humano por medio de la investigaciones sobre las conexiones que vinculan a humanos y no humanos (Stengers 2005). En este sentido, es de gran importancia rescatar el planteamiento de los biólogos Maturana y Varela, (1987, citados en Escobar, 2010).

Un conflicto puede resolverse sólo si nos movemos hacia otro dominio donde tome lugar la coexistencia ya que [...] como seres humanos, tenemos sólo el mundo que [co]creamos con los otros (p. 246).

Notas

¹ Es decir, a lo que Bourdieu (1999) llamó violencia simbólica entendida como la que arranca sumisiones del tipo que pasan desapercibidas como tales, apoyándose en expectativas colectivas, creencias socialmente inculcadas, y que a la postre llevan a una autocensura.

² Modernidad para fines del presente texto; tiene que ver más con ideas relacionadas con tipos de conocimiento, política, y el etnocentrismo del conocimiento científico, por ejemplo, los médicos hablan de la enfermedad en un lenguaje sectorial, la patologización del parto participa de esta sectorización a la cual las parteras tradicionales actúan en oposición un continuo de atención medicalizado. El argumento de Bruno Latour (1993) según el cual la modernidad ha erigido el cisma entre naturaleza y cultura como el armazón fundamental de su epistemología, toma particular relevancia, ya que argumenta que la modernidad con todas sus instituciones y prácticas técnico-científicas ha pretendido erigirse como el árbitro universal capaz de producir la representación más detallada - y quizá la única válida-, de la realidad.

³ Siguiendo a Agamben (2000), la tesis de Foucault según la cual lo que está en juego es la vida y la capacidad de dictar quién puede vivir y quién debe morir, y por lo tanto la política, se ha convertido en biopolítica. Sin embargo, siguiendo al autor, lo que queda sin cuestionar en los debates contemporáneos sobre bioética y biopolítica, de hecho, es el propio concepto biológico de vida.

⁴ Acorde a Mbembe (2000), la expresión última de la soberanía reside, en gran medida, en el poder y la capacidad de dictar quién puede vivir y quién debe morir. Ejercer la soberanía es ejercer el control sobre la mortalidad y definir la vida como el despliegue y la manifestación del poder.

⁵ En este sentido es interesante que aún dentro de la narrativa de modernidad, los médicos, no se atienen a la propia epistemología occidental. Es decir, si bien hay un *corpus* de buenas prácticas entre las que, por ejemplo, se resalta a la cesárea como un procedimiento de emergencia, durante el trabajo de campo una médico mencionó muy ufanamente que ella la practicaba indistintamente como su método preferido de atención: “*a mi no se me escapa una, llegan un viernes y el domingo salen, y yo les hago cesárea a todas las que están aquí el fin de semana*”.

⁶ “El problema es de tal envergadura y densidad, que la única manera ‘legítima’ en que los pueblos puedan defender sus mundos diferentes (que, por supuesto, incluyen más que seres humanos) es convirtiéndolos en ‘culturas’ que pueden ser movilizadas por ‘políticos étnicos’. Sin embargo, las demandas de respeto por las diferencias culturales hasta ahora sólo llegan al punto en que la realidad avalada por la ciencia universal marca el límite a partir del cual las demandas culturales resultan irracionales y, por lo tanto, requieren de la fuerza disciplinaria de la coerción para mantenerlas bajo control” (Blaser 2013, p. 555).

⁷ De acuerdo a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (2016) de México el número de parteras tradicionales registradas ronda alrededor de las dieciséis mil, de las cuales entre nueve y once mil han sido capacitadas por la Comisión Nacional de Género y Salud Reproductiva.

Referencias

- Agamben, G. (2000). *Means without end. Notes on Politics. Theory out of bounds*. Minnesota: University of Minnesota Press.
- Argüello-Avenidaño, H. E., & Mateo, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *Revista Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, 12, 13-29.
- Arnold, D. (2001). *Hacia un modelo social del parto: debates obstétricos interculturales en el altiplano boliviano*. Texas: ILCA.
- Belli, F., & Arnold, D. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética*, 4 (7), 25-34.
- Birn, A., (2006). *Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*. Nueva York: University of Rochester Press.
- Blaser, M. (2013). Notes towards a political ontology of ‘environmental’ conflicts. In *Contested Ecologies: Reimagining the Nature-Culture Divide in the Global South*, pp. 13 – 27. Ciudad del Cabo: HSRC Press.

- Botteri, E., & Bochar, J., (2019) *Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos*. México: Alteridades.
- Bourdieu, P. (1999). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Butler, J. (1993/2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2017). *Ley General de Salud*. Extraído de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2012). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. Extraído de: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/13-declaracion-pueblos-indigenas.pdf>
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, (1917/2017). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/>
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud [DGPLADES] (2016). *Minuta de la reunión, 6 de julio del 2016*. Extraído de: <https://www.oaxaca.gob.mx/salud/dgplades/>
- Dorlin, E. (2009). *La matrice de la race: Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*. Paris: Editions La Découverte.
- Escobar, A. (2010). *Territorios de diferencia: Lugar, movimientos, vida, redes*. Colombia: Envión Editores.
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. México: Arapea.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, [UNFPA] (2002). *Estado de la población mundial 2002: población, pobreza y oportunidades*. Nueva York: UNFPA.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, [UNFPA] (2004). *Mortalidad materna – actualización 2004. El parto en buenas manos*. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, [UNFPA] (2008). *Estado De La Población mundial 2008. Ámbitos de convergencia: cultura, género y derechos humanos*. Nueva York: UNFPA
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, [UNFPA] (2011). *El Estado De Las Parteras En El Mundo*. Nueva York: UNFPA.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, [UNFPA] (2014). *El Estado De Las Parteras En El Mundo*. Extraído de: <https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/>
- Guillaumin, C. (1978/1992) *Pratique du pouvoir et idée de Nature. (I) L'appropriation des femmes. (II) Le discours de la Nature. En Guillaumin, Colette, Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de Nature*. Paris: Côté-femmes.
- Laqueur, T. (1994). *La Construcción Del Sexo. Cuerpo Y Género Desde Los Griegos Hasta Freud*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Latour, B. (1993). *We Have Never Been Moderns*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mbembe, A. (2000). *Necropolitique en Traversées, diasporas, modernités, Raisons politiques*. France: Presses de Sciences Po.
- Ministerio de Planificación (2006). *Sistematización parto humanizado en población aymara*. Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2005). *Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación intercultural*. Perú: Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud Pública (2008). *Guía Técnica para la atención del Parto Culturalmente Adecuado*. Ecuador: Sistema Nacional de Salud.

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005), *Informe sobre la salud en el mundo 2005*. Ginebra, OMS.
- Secretaría de Salud (2018). *Programa anual de Trabajo 2018*. Extraído de: <http://www.oag.salud.gob.mx/descargas/>
- Silverblatt, I. (1987). *Moon, Sun, and Witches: Gender Ideologies and Class in Inca and Colonial Peru*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Stengers, I. (2005). *The cosmopolitical proposal*. In B Latour & P Weibel (Eds) *Making things public: Atmospheres of democracy*. Cambridge: MIT Press.
- Usandizaga, M. (1944). *Historia de la obstetricia y la ginecología en España*. Santander: Aldus.