



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA CHAPINGO

DIRECCIÓN DE CENTROS REGIONALES UNIVERSITARIOS

DOCTORADO EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL
REGIONAL

**PARIENDO COMUNIDAD: ATENCIÓN AL PARTO,
RESISTENCIA Y SALUD. LA EXPERIENCIA DE LAS
PARTERAS TRADICIONALES EN LAS CASAS DE LA MUJER
INDÍGENA Y AFRODESCENDIENTE EN GUERRERO**

QUE COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTORA EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL REGIONAL

PRESENTA:

KARLA ANGÉLICA BENÍTEZ ESCOBAR

Bajo la supervisión de: **CÉSAR ADRIÁN RAMÍREZ MIRANDA, DR.**

1854



Dirección de Centros
Regionales Universitarios



APROBADA



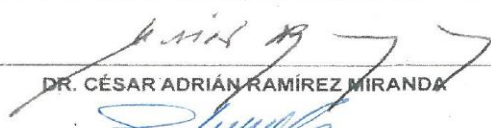
Chapingo, Estado de México, Diciembre de 2020

**PARIENDO COMUNIDAD: ATENCIÓN AL PARTO, RESISTENCIA Y SALUD.
LA EXPERIENCIA DE LAS PARTERAS TRADICIONALES EN LAS CASAS DE
LA MUJER INDÍGENA Y AFRODESCENDIENTE EN GUERRERO**

Tesis realizada por **Karla Angélica Benítez Escobar** bajo la supervisión del
Comité Asesor indicado, aprobada por el mismo y aceptada como requisito
parcial para obtener el grado de:

DOCTORA EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL REGIONAL

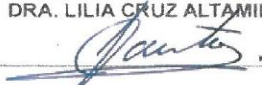
DIRECTOR:


DR. CÉSAR ADRIÁN RAMÍREZ MIRANDA

ASESORA:


DRA. LILIA CRUZ ALTAMIRANO

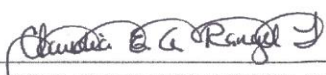
ASESOR:


DR. CRISTÓBAL SANTOS CERVANTES

ASESORA:


DRA. MARÍA DE LOURDES BARÓN LEÓN

LECTOR EXTERNO:


DRA. CLAUDIA ESPERANZA GABRIELA RANGEL LOZANO

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN GENERAL	1
2. CONTEXTO EN GUERRERO	23
2.1 Guerrero: el cuarto lugar nacional en violencias	23
2.2 La partería tradicional y la política de los comunes	24
2.3 ¿Qué son los comunes?	25
2.4 Las CAMIS y su capacidad de gestión	28
3. EL ABANICO TEÓRICO FEMINISTA SOBRE LA SALUD	31
3.1 Mujeres indígenas abriendo brecha en la agenda de salud reproductiva	31
3.2 Nuevos derroteros en la salud materna: partería tradicional indígena	37
3.3 Práxis que se vuelve teoría	44
3.4 Mapa de violencias en el cuerpo de las mujeres indígenas	51
3.5 Resiliencia y logros de las parteras tradicionales	56
4. ¿CÓMO SE CONSTRUYE LA INTERCULTURALIDAD DESCOLONIZADA DESDE LA PARTERÍA TRADICIONAL INDÍGENA	61
4.1 ¿Qué tramas existen en este caleidoscópico territorio guerrerense?	62
4.2 Sistemas de salud en Guerrero y perfil epidemiológico regional	67

4.3	Muerte materna y evitabilidad en exceso	71
4.4	Descripción de las parteras tradicionales y sus prácticas interculturales	75
4.5	CAMIS y partería tradicional / espacios de ritualidad y saberes	77
4.6	Despojo de saberes y sistema patriarcal	78
4.7	Racialización de la salud y colonialismo sanitario	82
4.8	¿Qué debería haber en este territorio para cuidar la vida?	88
4.9	Y pese a todo...¿Qué hacen las parteras tradicionales en ese territorio?	91
	Incidencia comunitaria y des-colonización	93
5.	DISCUSIÓN SOBRE SALUD INTERCULTURAL	97
6.	CONCLUSIONES	102
7.	LITERATURA CITADA	110

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Procesos organizativos de mujeres indígenas	16
Cuadro 2. Acciones colectivas en salud realizadas por mujeres para impulsar Derechos Reproductivos	17
Cuadro 3. Categorías de análisis y abordajes	21

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Localización de las CAMI en Guerrero

29

ABREVIATURAS UTILIZADAS

CAMI: Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente

Coalición: Coalición por la Salud de las Mujeres

MM: Mortalidad materna:

RMM: Razón de Muerte Materna:

OMMM: Observatorio de Mortalidad Materna en México

CRAC-PC: Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias- Policía Comunitaria

CONAMI: Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas.

INPI: Instituto Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

CDI: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

PROSPERA: Programa de Inclusión Social.

PROGRESA; Programa de Educación, Salud y Alimentación.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo está dedicado a todas las parteras de Guerrero que cotidianamente se exponen a todo tipo de discriminación y de peligros en la labor de traer vida a este mundo y que comparten su conocimiento y su práctica muchas veces de forma gratuita, a las coordinadoras de las Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente honrando su valentía, su quehacer y la confianza depositada en mí, al compartirme su mirada. Con especial cariño a Apolonia Plácido.

Agradezco a mi comité tutorial, por las sugerencias y propuestas, especialmente al Dr. Cristóbal Santos por su esfuerzo empático por acercarme a grupos que trabajaran este tema en la región y a la Dra. Barón por sus devoluciones tan acertadas, a la Dra. Willelmira por su enorme vocación y compromiso y a mis colegas de este posgrado: a Enna Paloma, Soiber y Georgina por la complicidad académica y por la mirada fresca para devolver aportes.

Gracias a mi amado Camilo por ser mi cómplice de vida, a mis padres: Cony y Leo que siempre están en mis catarsis, a mis hermanos Luis y Sebastián y a todas mis primas por su fé en mí, siempre: Gaby, Martha, Jessica, Lili, a las primas de Morelia: Malena, Adriana, Karly, Alejandra, gracias a todas. Gracias, a mi tía Rosita, a Albinita que me inspira desde la casa del Dador de Vida. A la abuela paterna de Camilo, la Dra. Concepción Agundis, por ser una inspiración y nunca dejar de estudiar. A la Dra. Gisela Espinosa Damián de la UAM-Xochimilco, a Nuria Jiménez y al equipo de género del Doctorado en Desarrollo Rural de la UAM-Xochimilco, que me recibieron en la estancia y abonaron tanto a mi trabajo. A Dolores Coronel por sus invaluable aportaciones y las invitaciones a eventos que nutrieron mi enfoque.

A los colectivos de Guerrero que siempre me han acompañado: al Dr. Raymundo Díaz Taboada del Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad, a Mario Martínez y Yolanda Analco y familia, amigos entrañables en memoria al Dr. Bertoldo Martínez que me introdujo al universo guerrerense, a Valentín Hernández de la

Policía Comunitaria, a las mujeres que se organizan y resisten proyectos autonómicos: a Kenia Hernández Defensora de Derechos Humanos quien actualmente está presa. A Kinal Antsetik, Raíz Zubia, Noche Zihuame, Manos Unidas de Mujeres, La Coalición por la Salud de las Mujeres, a las Jurisdicciones Sanitarias de Costa Chica y Montaña, y a la Escuela de Parteras de Tlapa por todas las facilidades prestadas para entrevistar a las estudiantes. A las amigas valientes de mi “family”: Margarita, Azucena, Ivett, Sandra, Lorena, Adriana y Gabriella (Zeta), Paola, Cecilia, Karen y Alejandra, a Marlen, Minerva, y en especial a la Dra. Ana Lilia Salazar Zarco y a María Luisa Camargo Campoy por compartir saberes, enfoques, tristezas y alegrías en trabajo de campo. A los compañeros guerrerenses que me acompañan desde hace años este caleidoscópico estado: Enrique Victoria, Blanca Gandarilla y sus amables familias, a Rodrigo Abeja, Omar Cruz y a su familia en Xochistlahuaca, a mis compadres Rufina y Rodolfo de Santa Cruz en la montaña, a Nayelli Rodríguez en Acapulco infinitas gracias a todas y todos.

A CONACYT, y por supuesto a esta Alma Mater, Chapingo y a la Dirección General de Centros Regionales por su inclusión, amorosidad, compromiso y fe en lo rural.

Al geógrafo Hugo Illescas por la colaboración con los mapas, y a mis estudiantes de medicina de la EMISC, quienes nutrieron ampliamente estos debates interculturales desde la Academia y la práctica de la salud intercultural.

DATOS BIOGRÁFICOS



Karla Angélica Benítez Escobar nació el 27 de abril de 1979 en la ciudad de México. Primogénita de Concepción Escobar y Leonardo Benítez. Estudió el bachillerato en el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Sur, posteriormente sigue estudios de Licenciatura en Pedagogía en la Universidad Pedagógica Nacional, enfocándose en temas de educación de adultos y educación popular. Posteriormente ingresa a la Universidad Autónoma Metropolitana, a la Maestría en Medicina Social, acompañando procesos organizativos ciudadanos en el tema de salud y educación para la salud.

A partir de esta experiencia acompaña colectivos en Guerrero y desde la Academia vincula experiencias de mujeres indígenas, gestión y apoyo a mujeres rurales.

Ecofeminista, activista, chamana, sonera, resiliente, acompañante de organizaciones. Posteriormente estudia el doctorado en Ciencias del Desarrollo Rural Regional, desde donde obtiene herramientas para apoyar, documentar, sistematizar y trabajar procesos organizativos que den voz a las mujeres rurales como actrices sociales en estos tiempos convulsos originados por la dinámica de despojo patriarcal neoliberal.

Pariendo comunidad: atención al parto, resistencia y salud. La experiencia de las parteras tradicionales en las Casas de la Mujeres Indígena y Afrodescendiente en Guerrero.

RESUMEN GENERAL

Este trabajo visibilizó algunas dificultades que viven las parteras tradicionales indígenas y los procesos organizativos que han realizado las mujeres organizándose en espacios de gestión y de Defensa de Derechos Reproductivos denominados CAMIS (Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendientes) en la región Costa-Chica y Montaña del estado de Guerrero, región del país donde las cifras de muerte materna siguen mostrando un problema de salud muy grave, siendo el cuarto lugar a nivel nacional, donde prevalece la muerte materna.

¿Por qué prevalece la partería tradicional pese a los discursos bio-médicos de profesionalización a las parteras y pese a los avances tecnológicos en la medicina moderna?

El acercamiento a esta investigación se dio desde una metodología participativa y analiza las violencias que atraviesan el caminar de las mujeres en un contexto tan adverso que se convirtió en detonador de acciones colectivas por la exigibilidad del Derecho a la Salud y como un espacio de incidencia comunitaria.

El feminismo comunitario, el ecofeminismo y la teoría de los comunes, dieron algunos elementos teóricos para explicar los procesos de cuidado y de atención entre mujeres indígenas; por su parte desde la sociología de las emergencias se ilustra cómo los saberes ancestrales de la partería tradicional y sus saberes han resistido la discriminación sexista del aparato de salud y han interpelado al estado patriarcal en todas sus dimensiones. Los modelos de atención intercultural institucionales siguen siendo insuficientes para integrar y dejar de excluir estos conocimientos tan importantes para la reproducción biológica y simbólica de las comunidades indígenas.

Palabras clave: Partería tradicional, Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente, mujeres indígenas, derechos sexuales y reproductivos, derecho a la Salud, racialización de la salud

Tesis de Doctorado en Ciencias en Desarrollo Rural Regional. Universidad Autónoma Chapingo

Autora: Karla Angélica Benítez Escobar

Director de Tesis: Dr. César Adrián Ramírez Miranda.

Giving birth to the community: childbirth care, resistance and health. The experience of traditional midwives in the Houses of Indigenous and Afro-descendant Women in Guerrero

GENERAL SUMMARY

This work made visible some difficulties that indigenous traditional midwives experience and the organizational processes that women have carried out organizing themselves in spaces for management and the Defense of Reproductive Rights called CAMIS (Houses of Indigenous and Afro-descendant Women) in the Costa-Chica region and Mountain in the state of Guerrero, a region of the country, where the figures for maternal death continue to be a very serious health problem, being the fourth place at the national level, where maternal death prevails.

Why does traditional midwifery prevail despite bio-medical discourses of professionalization to midwives and despite technological advances in modern medicine? The approach to this research was given from a participatory methodology and analyzes the violence that women go through in a context so adverse that it became a trigger for collective actions for the enforceability of the Right to Health and as a space for community advocacy.

Community feminism, ecofeminism and the theory of the commons, gave some theoretical elements to explain the care and attention processes among indigenous women; on the other hand, from the sociology of emergencies, it is illustrated how the ancestral knowledge of traditional midwifery and its knowledge have resisted sexist discrimination in the health system and have challenged the patriarchal state in all its dimensions. Institutional intercultural care models continue to be insufficient to integrate and stop excluding this knowledge that is so important for the biological and symbolic reproduction of indigenous communities.

Keywords: Traditional midwifery, Houses of Indigenous and Afro-descendant Women, indigenous women, sexual and reproductive rights, right to Health, racialization on Health.

Thesis of Doctorado en Ciencias en Desarrollo Rural Regional. Universidad Autónoma Chapingo
Author: Karla Angélica Benítez Escobar
Advisor: Dr. César Adrián Ramírez Miranda.

1. INTRODUCCIÓN GENERAL

La experiencia organizativa de las Casas de la Mujer Indígena en el estado de Guerrero constituye un importante referente de acciones colectivas en salud promovidas por mujeres en su mayoría indígenas en un contexto de violencia y de discriminación muy adverso para las mujeres, ante la violencia de Estado que permea la in-gobernabilidad en Guerrero y que atenta contra todos sus derechos vitales tales como: el Derecho a la Vida, el Derecho a la Salud, y los Derechos Reproductivos.

El Estado Mexicano de forma velada ha mantenido una lógica de eliminación de pueblos originarios, lo que Díaz-Polanco¹ denomina “etnofagia” que ha acompañado de forma paralela al discurso de progreso neoliberal, los pueblos indígenas son incómodos para el avance del proyecto de despojo territorial que impera en toda América Latina, mismo que ha generado muchas guerras y luchas por la autonomía indígena en todo el continente.

Para entender el fenómeno de investigación iniciaré caracterizando la labor de las parteras tradicionales indígenas y la necesidad de transmitir los haceres y saberes ante la Mortalidad Materna, en el estado de Guerrero, que sigue siendo una región tan marginada del país, donde la infraestructura sanitaria es muy escasa y en donde prevalecen las más elevadas tasas de Muerte Materna a nivel nacional, según el Observatorio de Mortalidad Materna en México. Guerrero es el cuarto estado más pobre del país² en donde la pobreza estructural ha generado

1 Héctor Díaz Polanco denomina etnofagia a este deseo capitalista de “devorar pueblos originarios” aniquilando su raíz, su ideología, sus símbolos, sus referentes culturales, sus cosmovisiones y por ende a los pueblos indígenas cómo tal.

2 CONAPO, 2016; -aunque en realidad hasta hace muy poco Guerrero padecía una exclusión tan severa cómo la de ciertos países de África Sub-sahariana; algunos indicadores del año 2014 destacan que municipios de la Montaña, como Metlatónoc o Cochoapa el Grande tenían tasas de esperanza de vida al nacer, igual de desalentadoras que África-. En este sentido habría que debatir con mayor profundidad en qué medida los programas gubernamentales

también una serie de desigualdades económicas y de violación a toda la gama de Derechos Humanos.

Pero particularmente el objeto de estudio de esta investigación es conocer lo que las personas de esta región llevan a cabo ante estas omisiones gubernamentales, especialmente las mujeres indígenas y la manera en que las transforman en acciones colectivas por el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, en el caso específico: ¿cómo es que las mujeres indígenas sobreviven en un contexto profundamente adverso para las mujeres como lo es el contexto rural con sus sistemas de justicia e imaginario indígena con todos sus claroscuros y cosmovisiones tanto patriarcales, como coloniales; ¿cómo a pesar de traer vida en la región reciben tanta exclusión de los saberes por su origen indígena? ¿y cómo es que prevalecen estos saberes pese al contexto de medicalización del parto a la partería? ¿cómo se han preservado los saberes y los conocimientos relacionados a la partería?

En ese orden de ideas, quiero destacar también la importante presencia del movimiento indígena en el pueblo guerrerense; así como las resistencias que construyen y prevalecen pese a los obstáculos gubernamentales ante el reconocimiento a sus derechos fundamentales. Desde esta resistencia los pueblos indígenas no sólo de Guerrero, sino de América Latina han re-construido experiencias ante el despojo territorial, económico, epistémico y de Derechos Humanos fundamentales, ante los cuales los pueblos originarios se han convertido en sujetos que cuestionan estas formas de vivir, e interpelan al proyecto neoliberal con su existencia misma.

Y en ese marco tensional entre resistencias indígenas, despojo y colonialidad que han experimentado históricamente los pueblos originarios del estado de

como PROGRESA y OPORTUNIDADES fueron realmente un remedio ante esta problemática.

Guerrero es como se gestan estas experiencias organizativas de Salud Reproductiva: las Casas de la Mujer Indígena, (en adelante llamaré CAMIS por sus siglas) se han construido en las regiones más marginadas y sin estructura para ejercer los Derechos Reproductivos a nivel nacional, y en el nivel local las CAMIS de Guerrero además se caracterizan por su existencia a contrapelo, y por resistir pese a los peligros regionales como la violencia comunitaria.

La primera CAMI de las que trabajaré en esta investigación está ubicada en San Luis Acatlán, Guerrero en la región Costa Chica, llamada Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo; la Segunda Casa de la Mujer ubicada en el municipio de Ometepec, denominada Manos Unidas de Mujeres; y en el tercer caso tenemos la experiencia de la Casa de la Mujer Indígena de Chilapa llamada Zihyuachikahuac -mujer sana, fuerte y valiente, en náhuatl.

La relevancia de estos espacios, para el Desarrollo Rural Regional, los determina también la incidencia que han construido en torno a la participación política de las mujeres en un contexto tan adverso para la vida comunitaria.

El estado de Guerrero; está constituido por siete regiones geopolíticas, en las cuales se distribuyen mayoritariamente cuatro pueblos indígenas³ con una densidad cultural muy profunda, en la que prevalece la práctica de la partería tradicional como práctica de atención primaria y que con las acciones colectivas en salud que se han realizado en las dos últimas décadas éstas, devinieron en una reivindicación muy importante por los Derechos Reproductivos.

Los pueblos originarios que integran estas regiones son: mixteco (ñu-saavi) en la parte de la Montaña alta, tlapaneco (meëpha) en la región de la Montaña baja y

3 En Guerrero también existen personas integrantes de la etnia popoluca y zapoteca.

media; amuzgo (ñamncué-ñonmdá) en la región Costa y náhuatl en la montaña baja.

El contexto guerrerense tiene un proceso histórico complejo, dado que desde su conformación como estado integrante de la nación mexicana, ha tenido importantes eventos históricos de confrontación que le dan una especificidad explicativa de la violencia estructural existente en esa región del país (Victoria, 2009) ; como en los diversos trabajos de Sarmiento (2004, 2006, 2009) Gutiérrez (2009) e Illades (2000) en los que se abunda en las causas y procesos históricos que configuran este territorio.

Para este último autor, el origen de los conflictos en Guerrero: “tienen una peculiar cadena tejida durante el último siglo, cuyos eslabones se unen en ciclos de movilización-represión-autodefensa... y en este territorio quedan las cicatrices de enfrentamientos caciquiles, surgimiento de levantamientos armados, conformación de guerrillas, represiones y masacres solapadas por el gobierno [...] aunado al grave rezago social, la violencia del narcotráfico y la inestabilidad política”.

Por otro lado, la política sanitaria en Guerrero también padece de una condición de precariedad crónica, como lo plantea la jurista Amaro (2010) quién realiza un diagnóstico de salud pública en el estado de Guerrero en el año 2010 y desde su investigación denuncia la escasa importancia que ha tenido históricamente el Derecho a la Salud para el gobierno mexicano. Del mismo modo, Gustavo Leal (2013) reflexiona sobre los programas de afiliación al Seguro Popular y su relación con el acceso real de la población guerrerense a la atención en clínicas de primer nivel.

En estos trabajos ambos autores concluyen que la política sanitaria que el Estado Mexicano ha aplicado en Guerrero, ha intentado paliar el abandono sanitario ante

las denuncias y exigibilidad de la comunidad internacional⁴ pero sólo en la forma, puesto que en el fondo los programas siguen siendo insuficientes y las cifras de los indicadores⁵ que impactan al panorama epidemiológico en este estado siguen siendo muy graves, porque denotan la realidad sanitaria que sigue oprimiendo a este estado, la brecha de pobreza existente, la desigualdad económica hacia los pueblos originarios sigue matando a mujeres en situación de parto por la inexistencia de hospitales de segundo y tercer nivel; mientras que a los niños y niñas les impacta en una dolorosa desnutrición que en muchos casos ha terminado en un final fatal que pudo haber sido prevenible; las principales enfermedades en Guerrero, siguen siendo las de la pobreza: enfermedades infecto-contagiosas por ausencia de condiciones sociales sanitarias dignas - diarreas, anemias, infecciones respiratorias agudas, amibiasis y muerte por picadura de insectos (Secretaría de Salud, 2005); el epidemiólogo uruguayo Jaime Breilh define a estas patologías tan frecuentes en contextos de pobreza latinoamericanos, como “epidemiología de la pobreza” o “epidemiología de los mínimos”, consistente en la aplicación de medidas estratégicas de máxima resistencia gobernable de una población ante la pobreza y las privaciones, reduciendo al máximo el gasto social en salud. (Breilh, 1998)

La jurista Amaro afirma en su diagnóstico que entre 2010 y 2014 la causa principal de enfermedad según las jurisdicciones sanitarias en Guerrero eran las infecciones respiratorias agudas. La segunda causa de enfermedades y decesos eran las infecciones intestinales. Todas estas infecciones están asociadas a la

4 Muchas de estas denuncias han tenido que convertirse en Acciones Colectivas, lo que Cerda (2010) Define como las que son emprendidas como demandas emprendidas por las comunidades para resolver inequidades en el campo de la salud para construir la exigibilidad y justiciabilidad del Derecho a la Salud, como derecho social a partir de incidir en el cambio en los determinantes sociales de la salud y la distribución desigual de estos.

5 Para Amaro, los indicadores que construyen un panorama en salud son: registros de sucesos demográficos, censos de población y vivienda, registros ordinarios de servicios de salud, datos de vigilancia epidemiológica, encuestas por muestreo o poblacionales registros de enfermedades, tasas de morbi-mortalidad y de esperanza de vida

pobreza, a la ausencia de una infraestructura sanitaria, drenaje, agua potable, y acceso real a medicamentos y a acciones preventivas en salud. Estos elementos dan cuenta de una racialización existente en las políticas sanitarias como lo denuncia Vega (2018) al discriminar la inversión sanitaria hacia los pueblos indígenas.

De este modo, algunas aproximaciones puntuales para explicar la partería tradicional indígena implican evidenciar este racismo en el sistema sanitario, y la relación de subordinación a las parteras tradicionales o empíricas en los modelos de atención a la salud y a las formas de nacimiento en mujeres indígenas y afrodescendientes.

Desde la antropología médica también abordaré un poco de estas relaciones de subordinación, que el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1988) ha identificado en políticas sanitarias para dar a conocer las causas que orientan la elección cuando se elige un curador/curadora en la región; determinar si la elección de atender el parto con una partera tradicional es casual o causal en la región Costa-Montaña de Guerrero. Esto implica indagar si sólo es una cuestión económica lo que determina si una mujer acude a atender su parto con una partera tradicional o hay temas más complejos

El abordaje de la perspectiva de género en regiones indígenas me sirve para explicar la reproducción de la vida en la unidad doméstica campesina y evidenciar las desigualdades sexistas y sus efectos discriminantes en la vida de las mujeres indígenas que además ya viven un sesgo racial y de clase, que si bien se ha trabajado en bastantes estudios feministas, en esta investigación interesa visibilizar cómo desde las CAMIS se empieza a cuestionar el tema de la maternidad obligada y de la reproducción de la vida como único destino de las mujeres indígenas.

Por otra parte, también me parece muy importante desde el enfoque del feminismo comunitario la manera en que las parteras indígenas, las responsables

de las CAMIS, las promotoras comunitarias de salud y las usuarias de estos espacios empiezan a cuestionar desde su subjetividad indígena, algunas narrativas coloniales y patriarcales al abordar el control de la natalidad, la no violencia y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos a partir de construir la idea de cuerpo/ sexualidad y reproducción. Cuando cuestionan el cuerpo como un territorio de defensa, de lucha, de decisiones y de identidad femenina.

En ese orden de ideas, algunas mujeres de la región son defensoras ambientales de sus comunidades contra la minería, por lo que el tema de despojo territorial y el despojo saberes y de las formas de parir devienen en paralelo e imbrican una lucha por reivindicar el cuerpo, los saberes y el territorio sagrado a partir de la práctica de la partería tradicional.

Además, el tema de la reproducción social de la vida, como lo reflexiona Federici (2020) se convierte también en un eje de construcción de comunidad, las mujeres ayudándose entre sí a parir, a conocer su cuerpo, a dar vida, forman parte de estos saberes de **lo común**, entendidos como relaciones sociales que construyen vínculos de solidaridad, que se expresan en formas de riqueza natural o social compartida.

El sistema sanitario en Guerrero es realmente precario puesto que sólo cuenta con catorce hospitales generales, de los cuales por lo menos siete padecen sobre-saturación y de los mismos otros tres no poseen personal y son absolutamente insuficientes para cubrir las necesidades de la población guerrerense, y mayoritariamente indígena. Además, no cuenta con protocolos de atención con un enfoque intercultural, sino apegados al paradigma médico occidental con sus elementos discriminatorios⁶

6 En entrevista la Coordinadora clínica de la Escuela de Parteras Profesionales de Tlapa, Elizabeth Melgarejo, comenta que pese a los acuerdos institucionales firmados con la Secretaría

De ahí, entonces que en ese contexto tan complejo el tema de la partería como un espacio de salud colectiva que ha sido apropiado históricamente por mujeres indígenas tenga una mayor relevancia, vigencia y pertinencia de investigación, dado el alcance y el impacto social en comunidades rurales y la construcción de una cultura de exigibilidad ciudadana femenina indígena capaz de incidir en políticas públicas, así como de resistencia epistémica y cultural ante la medicalización occidental.

Pertinencia y vigencia del problema de investigación

Este trabajo, además de dar a conocer la labor de las parteras, pretende visibilizar la incidencia de las Organizaciones de la Sociedad Civil ante la política sanitaria del país y su relación con los Derechos Reproductivos.

Además, se buscó reivindicar el saber de la partería tradicional como un derecho cultural de los pueblos originarios. Algunos hallazgos del proceso de investigación la forma en que se hace gestión e incidencia política desde la equidad de género y la identidad indígenas.

Del mismo modo, los hallazgos son también un llamado emergente para revalorar a profundidad los discursos interculturales, la implementación de éstas en la práctica e identificar que tanto se reduce la brecha de discriminación entre modelos de salud, la accesibilidad y las Buenas Prácticas Interculturales que se realizan para incluir a toda la población en el ámbito hospitalario.

de Salud, en los hospitales de Tlapa sólo permiten acceso limitado a tareas subordinadas en el área de toco-cirugía, las parteras casi no tienen acceso a quirófano.

Revisión de literatura

Aunque mucho se ha hablado de la historia de los movimientos organizados regionales en el estado de Guerrero (López, 2009; Sierra, 2013; Flores, 1998; 2005; 2007; Morales, 2009; Canabal 2001, 2004; Bartra, 2003; Espinosa, 2013)

También existen algunos autores que han abordado el tema de la resistencia indígena, sobre todo en el ámbito de las mujeres indígenas y sus procesos organizativos; liderazgos femeninos en Guerrero (Espinosa 2013; Espinosa, Sánchez y Dircio, 2010; Berrío, 2009; Tiburcio, 2009; Canabal, 2004)

Del mismo modo encontramos a diversas autoras que abordan la problemática de Muerte Materna en diferentes estados (Freyermuth. 2003; Sesia, 2009) así como Díaz (2010) que refiere la incidencia de las organizaciones de la sociedad civil en políticas en salud,

Por otra parte algunos autores más han revisado el perfil epidemiológico regional como Paredes (2005) y ante este perfil otros autores revisan las formas de curarse y acciones comunitarias en salud como los trabajos de Berrio (2010) Lozano (2017) Menéndez (2008) Hersch et al (2012) y Benítez (2015).

Del mismo modo se revisaron algunas propuestas de Salud intercultural como las que aborda Cerda (2011), Campos (2004) y Lerín (2004).

A pesar de existir poca producción referente a los logros de las organizaciones de la sociedad civil en la incidencia en políticas públicas se revisaron los trabajos de Berrio y Lozano (2017); así como de Juárez, Hevia López y Freyermuth (2017). Por último se revisaron las experiencias de la Escuelas de partería, y sus propuestas para reivindicar la salud femenina en Flores y Vargas (2017)

Al hablar del tema de salud reproductiva y específicamente de la partería, entre los acercamientos históricos relevantes encontré los siguientes trabajos: Primero a nivel más general de mujeres, autocuidado y salud los trabajos de Ehrenreich,

Bárbara y Deirdre English, (1981) quienes visibilizan la importancia de las brujas, sanadoras y parteras en el tema del autocuidado y apropiación de la salud femenina; así como la condena pública que reciben por ser mujeres de conocimiento auxiliando a otras mujeres en el acto de dar vida. Por otro lado, Towler y Bramall (1997) revisan el origen de la profesión de partera o comadrona de mujeres sabias ayudando a otras mujeres.

En cuanto al tema de historia de la partería en México Nicolás de León elabora un recuento sobre la genealogía de la Obstetricia en México, revisando los procesos de atención y salud materna en Mesoamérica. Este trabajo es muy interesante porque se enfoca en las diversas culturas del nacimiento desde la Colonia hasta el inicio del periodo revolucionario en 1910.

Del mismo modo, Carrillo (1999) detalla el surgimiento de la partera profesional en México como profesión femenina en un país que surge en la etapa de Independencia, mientras les era permitido a las primeras mujeres acceder al trabajo.

Respecto al ámbito antropológico de la partería encontré trabajos relativos al estudio de las culturas del nacimiento en las culturas latinoamericanas. De esta escuela encontramos los trabajos de Cosminsky (1975; 1976). Por otra parte los trabajos que se refieren a la atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano (Mellado, Zolla, Castañeda; 1989), la acción de las parteras rurales y su función. , revisadas por Bravo (1990) y el papel de las parteras empíricas y sus formas de atender la salud materna (Güémez; 1991);

Los trabajos que abordan la relación de la preservación de los saberes ancestrales, la ritualidad, las formas no occidentales de parir y la ritualidad de la partería tradicional a partir de prácticas como los rezos, la protección espiritual y la cosmogonía en la cultura maya; tales como los de Guiteras (1961, 1986, 2011), Holland (1963) y Prado (2012).

El debate que predomina es la relación entre la subordinación de los saberes ancestrales de la partería tradicional al Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1986) revisando varios ejemplos en el territorio nacional con las experiencias de estos casos tales como: (Vargas, 2016) quien se enfoca a Pátzcuaro, Michoacán; Sieglin (2004) en Nuevo León y tenemos la experiencia en Jalisco por Laureano-Eugenio et al. (2016); y como experiencia más general abordando esta subordinación, las reflexiones de Argüello y Mateo (2014).

En lo que se refiere a la tipología de parteras, existen diversos trabajos y posiciones para describir a las parteras tradicionales de las profesionales. Argüello & Mateo, (2014) señalan importantes diferencias, así como señalar la caracterización de parteras tradicionales que se ven forzadas por la política pública que insiste en generar modelos de capacitación para parteras tradicionales como los que proponen Freyermuth y Manca, 2000.

En otros trabajos de Freyermuth y Muñoz (2000) se complementa el concepto de partera tradicional. Otros trabajos se enfocan a otro perfil de parteras que aunque son tradicionales, se buscan integrar a las instituciones sanitarias con un enfoque bio-médico; de esta corriente existen muchos trabajos de las Agencias Internacionales encaminadas a cubrir los Objetivos del Milenio, tales como los de la Fundación Macarthur (2015) Atkin, Keith-Brown, Rees y Sesia quienes promueven la capacitación de parteras tradicionales y en contraposición describen a las parteras profesionales como: *“aquellas que han recibido capacitación técnica y siguen procedimientos clínicos normativos en procesos de atención al embarazo, parto y postparto”*

En esta tensión se profundiza en la idea de qué es una partera profesional y si estos debates surgen desde ellas, dado que los trabajos de Georgina Sánchez (2016) incluyen a las parteras tradicionales en el concepto de parteras profesionales, al igual que Rees y Sesia (Macarthur, 2015); en la medida en que describen la actividad y las prácticas sanitarias que influyen a que las mujeres

retomen el cuidado de su cuerpo en procesos de atención al embarazo, parto y puerperio.

Para abonar a este debate retomo la Declaración Conjunta sobre Parteras Tradicionales de las instituciones multilaterales.

En los trabajos de Freyermuth, también sustituyen la palabra tradicional con empírica, añadiendo el concepto de adiestrado cuando ha recibido algún tipo de capacitación biomédica (OMS, FNUAP, UNICEF; 1993:5)⁷

En esta misma línea de profesionalización hacia las parteras encontramos algunos trabajos como los de Castañeda y Lerín (1999); Freyermuth y Manca (2000) y los de Sánchez, (2016) este último que caracteriza a las Casas de Parteras y reflexiona sobre la congruencia de las políticas sanitarias vigentes que se refieren a validar la práctica de la partería tradicional y la pertinencia o no de su profesionalización.

En otros estudios se revela también la función activa que hacen las parteras en la Promoción de la Salud y Capacidad de Agencia, dado que realizan una gran labor sanitaria de primer nivel en cuanto a atención al parto, reivindicación del parto humanizado, y la creación de un modelo de partería intercultural y comunicación asertiva en salud, como los trabajos de la organización Kinal-Antsetik, la Coalición por la Salud de las Mujeres, Berrio (2013); Lozano y Berrio en Juárez, Hevia, Lopez y Freyermuth, (2017); Díaz, en Freyermuth (2015) Esta línea de trabajos se posicionan también en contra de la violencia obstétrica y la exigibilidad en salud. Del mismo modo, fueron revisados algunos trabajos que tienden a esencializar la cosmovisión indígena y por lo tanto los símbolos de la partería cayendo en una postura relativista de la salud, asimismo, otra corriente de la salud que retoma los discursos del parto humanizado fomentando la partería

⁷ Declaración Conjunta sobre Parteras Tradicionales de las instituciones multilaterales a (OMS, FNUAP, UNICEF;1993: 5).

profesional como una alternativa elitista, moderna, ante la violencia obstétrica hospitalaria y de cuidado individual para parir en casa, sin embargo esta última también es una forma mercantilista de despojo de saberes y que se está poniendo de moda en ciertos espacios de salud que obedecen a discursos individualistas de promoción de la Salud. (Arroyo, 2011)

Problema de investigación

La discriminación que experimentan las parteras tradicionales no sólo en el estado de Guerrero; sino en el ámbito nacional es una cuestión totalmente injusta y excluyente desde el enfoque epistémico y cultural, puesto que las instituciones tanto clínicas como académicas reproductoras el paradigma científico occidental no sólo ejercen un poder hegemónico que discrimina los saberes indígenas; sino que existe un sesgo racial, colonial y patriarcal que subordina la práctica sanitaria de la partería indígena. Este racismo interseccional no sólo excluye saberes relativos formas de atención al embarazo, parto y puerperio que pertenecen a la cosmovisión y tradiciones de cada pueblo originario; sino que además estos saberes son criminalizados⁸ -entendido éste término como el hecho de darle un carácter de delito o un carácter persecutorio y satanizado por no apegarse a las normas y protocolos higiénicos de obstetricia moderna, pero que no por eso no posean sus propios saberes higiénicos.

El desconocimiento y omisión de la práctica de la partería tradicional por parte de las instituciones clínicas educativas ha fomentado también un linchamiento moral, que en sí mismo es causal de violencia obstétrica y de exclusión de saberes; pese a que en muchas instituciones se ejerce y normaliza la violencia

8 Para la Jurista argentina Diana Conti, el hecho de criminalizar implica el acto de culpar, acusar o atribuir el carácter de ilegal a ciertos actos que son legales; “criminalizar es darle un carácter de delito a un acto que la sociedad reprueba, y darles una sanción penal a situaciones indeseadas y que las personas que las padecen no las desean, como en el caso de la pobreza, -que no lesionan bienes de otros, sino que constituyen una indignidad humana que le han adjudicado otros-.

obstétrica⁹ al omitir el respeto a las formas tradicionales de parir, a los cuidados pre-natales y en el posparto derivados de una cosmovisión sanitaria indígena¹⁰ que atiende a concepciones de antropología médica centradas en los padecimientos y las formas de vivir el embarazo desde su sistema de curación ancestral. En la cosmovisión indígena es muy importante contemplar los conceptos de enfermedades de frío o de calor; el parto como forma de dar vida es un proceso de calor y debe ser atendido desde sus regulaciones; y en la obstetricia moderna no sólo se ignora éste concepto, sino que se sabotean prácticas de atención; excluyendo la sensaciones de la parturienta; en el parto hospitalario se prioriza la comodidad del médico que intervendrá en el nacimiento, por ejemplo: es mejor acostar a la mujer en una camilla y amarrarla aunque a ella le cueste más trabajo porque se detienen las contracciones en el trabajo de parto.

Las instituciones académicas y clínicas están formadas en un paradigma occidental positivista que el antropólogo Eduardo Menéndez (1989; 1998) ha denominado cómo Modelo Médico Hegemónico que se caracteriza por:

- 1.- Ser biologicista y reducir la enfermedad a un concepto mecanicista, positivista del individuo y de la enfermedad.
- 2.- Solo se centra en lo patológico. Es decir en la causa biológica de la enfermedad. Y por lo tanto es individualista. (si el individuo se enferma es porque quiere, omite las causas sociales de la enfermedad o los determinantes que

9 Según la Organización Mundial de la Salud, en 2014 posterior a los trabajos del Human Reproduction Program se firma un acuerdo de Prevención y erradicación de la falta de Respeto y el maltrato durante la Atención del Parto en Centros de Salud.

10 El respeto al parto vertical, la práctica de la episiotomía, el dar alimentos que en la cosmovisión indígena no deben consumir las mujeres que acaban de parir, insultarlas mientras ellas gritan por el dolor del parto son elementos violatorios a los Derechos Reproductivos y que estos se dan al interior de los hospitales y son comunmente normalizados por el personal de salud.

impactan en que la población se enferme -la pobreza, la ausencia de redes de drenaje, los alimentos contaminados-)

3.- Es a-histórico, a-sociable e individualista. Excluye la subjetividad del individuo (para este modelo la medicina es absolutamente objetiva)

4.- Da un poder hegemónico a la parte clínica, al aspecto asistencial y curativo, busca la eficacia pragmática y entiende como mercancía los procesos de salud/enfermedad/atención.

5.- La práctica curativa sólo se basa en la eliminación del síntoma

6.- La relación médico-paciente es asimétrica, es una relación subordinada (tanto en lo técnico como en lo social), se concibe al paciente como ignorante y por lo tanto es responsable y hasta merecedor de su padecimiento y por lo tanto su participación es pasiva y subordinada, como simple consumidor de acciones en salud. Así la producción de representaciones y prácticas técnicas que se generan de esta relación subordinada tiende a excluir al paciente del saber médico¹¹

7.- No fomenta el aspecto preventivo de la medicina, o bien lo minimiza.

8.- No da legitimación científica a otras prácticas que no surgieron de ideología racional científica.

11 En la práctica ginecológica es muy común que los médicos residentes para enseñar a otros residentes de menor jerarquía lleven a los practicantes en el área de toco-cirugía a realizar el tacto vaginal a la parturienta mientras está en labor de parto para comprobar la dilatación cervical. Este proceso puede ser muy doloroso e interferir en el trabajo de parto, puesto que no sólo la revisa un residente una ocasión, sino que pone a diversos practicantes a revisarla sin su consentimiento, y a usarla como objeto de práctica clínica y además de no considerar su deseo, no se reconoce su papel en la obtención de este saber, y la convierten en objeto de violencia obstétrica porque la lastiman, violentan su cuerpo y los ritmos de las contracciones al ser intervenida por diversas personas que están aprendiendo.

9.- Para ser legitimado en la comunidad médica debe tener una profesionalización formalizada, académica, rígida.

10.- Tiende a medicalizar todos los procesos vitales y la mayoría de los aspectos de la vida (Menéndez, 1998).

Estos rasgos del Modelo Médico Hegemónico han permeado la visión del personal de salud en la mayoría de hospitales y ante éste Modelo, la partería cuenta con un carácter antagónico y se le ha dado un papel de rival. Para la mayoría del personal de salud es normal invisibilizar estas prácticas en la rutina obstétrica y por esta misma razón se justifica el hecho de no incluir a las parteras tradicionales en ninguna actividad relativa al parto. Pero además de la injusticia epistémica al negar su saber, es importante destacar el despojo del poder al eliminarlas del reconocimiento y del saber como protagonistas de la atención primaria al parto en un contexto tan adverso de pobreza y de riesgos.

Además de experimentar el despojo por parte de las farmacéuticas al quitarles su saber en medicina herbolaria, las empresas mineras las despojan también de sus lugares sagrados para hacer rituales y de territorios donde crecen las plantas medicinales, y además tienen que soportar la discriminación a su saber y a su identidad cultural.

Otro eje importante que se imbrica en el problema de investigación es la exclusión de mujeres en el movimiento indígena, y las triples jornadas a las que tuvieron que someterse para ser reconocidas en su capacidad organizativa y de procesos comunitarios. Por esta razón para los fines de esta investigación, se decidió hacer una breve cronología de las acciones colectivas que se fueron gestando de manera local, para así ir explicando los procesos organizativos y la cuestión histórico-regional de estas organizaciones de modo tal que su impacto fue creciendo hasta incidir no sólo en lo local, sino en lo internacional para construir objetivos comunes en torno a la salud de las mujeres indígenas.

Cuadro 1. Procesos organizativos de mujeres indígenas

Procesos	Región
Movimiento Indígena que reivindica Derechos de Pueblos Indígenas (Mediados de la década de los noventa)	Nacional (Oaxaca, Guerrero, Chiapas)
(Movimiento 500 años de Resistencia, Negra, Indígena y Popular (1991)	Guerrero
Integración de la CONAMI (1997)	Tlaxcala, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Edo. Mex.
Formación del Comité de Mujeres al interior de la CRAC-PC (2011) Guerrero Campaña: En Guerrero, ¡La partería va!! 2006	Guerrero

FUENTE: Elaboración propia

A nivel nacional el impacto del movimiento de salud ha sido un detonador que logró concatenar esfuerzos de diversos actores comunitarios. Como en el caso del primer Foro realizado en San Luis Acatlán Guerrero, cuna de la CAMI Nellys Palomo; y lo destaco porque a partir del surgimiento de este Foro Ciudadano se logró reunir a autoridades de la Policía Comunitaria, y del gobierno local y federal; y posteriormente a este esfuerzo, estos foros detonaron en reuniones con otros actores sociales y fueron impactando a nivel nacional e internacional.

Cuadro 2. Acciones colectivas en salud realizadas por mujeres para impulsar Derechos Reproductivos

ACTIVIDAD	LUGAR Y FECHA
Foro ¿y las mujeres indígenas qué?, también queremos vivir	2006 en San Luis Acatlán Guerrero.
Foros regionales de Partería, fundación de la Asociación Mexicana de Partería	2008 en Ciudad de México.
Fundación del Observatorio Mexicano de Mortalidad Materna	2007 en Ciudad de México, y participación de estados con mayor incidencia de Muerte Materna
Apertura de escuelas de partería en Guanajuato, Oaxaca y Guerrero Lanzamiento de la Campaña: en Guerrero ¡La partería, va!	2014 2017 Guerrero

FUENTE: Elaboración propia

Objetivo general

Dar cuenta de la realidad de la práctica de la partería tradicional en una región del país donde prevalecen elevadas tasas de Muerte Materna y del papel que ésta tiene en la incidencia de las Organizaciones de la Sociedad Civil y su relación con la incidencia y procesos organizativos en salud pública.

Objetivos específicos

- Describir las prácticas de partería y su capacidad de incidencia tanto en el ámbito comunitario como en las políticas públicas, a partir de la experiencia de las CAMIs (Casas de la Mujer Indígena).
- Visibilizar cómo es que a partir de estos movimientos de las Organizaciones de la Sociedad Civil, se detonan movimientos de resistencia que defienden la partería como un Derecho Cultural, así como un Derecho Reproductivo.
- Analizar la partería y su papel como detonadora de procesos de resignificación de saberes tradicionales, el resguardo del saber tradicional en salud como un patrimonio colectivo y la construcción epistémica de sociologías emergentes.

Preguntas de investigación

A partir de estos objetivos de investigación me he cuestionado sobre las actrices sociales que inciden en esta relación de interpelación al Estado Mexicano y en qué medida es que sus acciones fomentan o no la organización y la resistencia en salud, por lo que cuestiono:

1. ¿En qué medida la práctica de la partería tradicional fomenta procesos organizativos en salud y establece una relación dialéctica con la comunidad?

2.- ¿Las parteras profesionales egresadas de la Escuela de Partería pueden o no incidir en el Sistema de Salud?

3.- ¿El reconocimiento formal de las parteras incide o no en la Reducción de la Violencia Obstétrica?

4.- ¿De qué manera la partería tradicional re-significa las representaciones de la maternidad, el derecho a la salud y el derecho cultural del respeto a las formas tradicionales de parir?

5.- ¿La partería tradicional incide también en el cuestionamiento a los roles de género al involucrar al varón en los cuidados del hijo/hija; y sí esta tiene algún impacto en la masculinidad patriarcal que fomenta una paternidad ausente?

6.- ¿De qué manera los saberes ancestrales de la partería tradicional integran un proceso epistémico de resistencia cultural?

Ejes de investigación

La hipótesis central que orienta esta investigación se refiere al papel de la partería tradicional como detonadora de procesos organizativos de mujeres indígenas en el estado de Guerrero.

Sin embargo, por la naturaleza de estos procesos organizativos que no se limitan al tema del apoderamiento¹² femenino (entendido como una fuerza interna y emancipatoria) este movimiento imbrica también el tema de la salud sexual y reproductiva; mismo que implica el cuestionamiento al modelo patriarcal tanto occidental como indígena y en ese sentido la hipótesis central radica en:

12 A diferencia del término empoderamiento (empowerment) que viene de las agencias internacionales y de algunos discursos feministas de la diferencia que lo vinculan con un agente externo al sujeto que le aporta elementos para obtener poder sobre sí mismo, el término apoderamiento se refiere más a las potencialidades y capacidades individuales que posee un sujeto, en este caso las mujeres para poder emanciparse.

- Si la partería (como saber tradicional) posee un potencial emancipatorio entonces esta tendrá también elementos para crear sociologías de las emergencias tanto epistémicas, como culturales capaces de incidir también en la construcción de una cultura de equidad entre los géneros.

Marco teórico

Esta investigación se vincula en primer lugar al **paradigma crítico decolonial**; dado que la partería tradicional tiene elementos para replantearse la deconstrucción de saberes, y también para re-construir la sociología de las emergencias en el ámbito cultural y epistémico. En lo cultural se refiere a cuestionar el modelo de masculinidad patriarcal indígena y la forma en que éste se desvincula del cuidado de los hijos e hijas y de acompañamiento a la mujer en los procesos de embarazo; de cuestionarse sobre la participación comunitaria en los procesos de nacimiento y en el ámbito epistémico en el replanteamiento de la partería tradicional como un saber que debe ser patrimonializado, cuidado, y defendido como un Derecho Cultural, puesto que la forma de nacer y la atención a un proceso vital tan importante implica toda una forma de estar en el mundo y de recibir y cuidar la vida desde antes de la llegada a este mundo.

En el segundo lugar considero importante enmarcar este debate en el ámbito de la **antropología médica**, puesto que las formas de percibir el embarazo, las culturas del nacimiento (desde las distintas cosmovisiones de los pueblos originarios de Guerrero) y la forma en que las parteras conocen los procedimientos obstétricos, las plantas medicinales, las formas de acomodar al feto, los momentos del trabajo de parto, los cuidados durante el parto y en el puerperio son formas de construcción de un modelo de **Salud Intercultural** que se reproduce entre las parteras y que se ve complementado y acotado por las necesidades de las aprendices de las parteras tradicionales y que a su vez, se ve reforzado por los esfuerzos de las parteras profesionales, estableciendo interesantes intercambios entre paradigmas científicos y diálogo real de saberes

desde la cosmovisión profesional con los elementos que aporta la profesionalización de las parteras y las prácticas ancestrales que las parteras siguen manteniendo vivas ante los procesos de medicalización cada vez más constantes de todo proceso de salud-enfermedad-atención.

Y un tercer aporte teórico son los discursos sobre feminismo comunitario, **ecofeminismo** y cómo desde estas narrativas, las mujeres indígenas construyen exigibilidad, ciudadanía étnica y justiciabilidad en procesos de salud.

Desde el ecofeminismo se cuestiona el tema de cuerpo y territorio como espacios de reapropiación de la vida, el eco-feminismo se vincula con la preservación de la vida y el territorio y desde esta posición han gestionado la incidencia, los procesos organizativos, la interpelación al Estado y las acciones colectivas en salud que se han dado a partir del auge histórico del indigenismo emergido después del levantamiento zapatista de 1994.

Ese mismo concepto permite revisar las acciones de la población indígena en movimientos de resistencia, y puede ser incluyente para abordar los debates de Derecho a la Salud y vincular el potencial de la partería para patrimonializarse y ser considerado como un Derecho Cultural.

Cuadro 3. Categorías de análisis y abordajes

1.- Partería y Concepto de Cuerpo-territorio: entendido como la forma de reapropiarse del cuerpo y la salud a partir de los postulados del eco-feminismo, desde el cual se reivindica la apropiación del cuerpo, la recuperación de los ciclos femeninos, el cuidado menstrual ausente de productos desechables y resignificación de la menstruación, los saberes ginecológicos congruentes con la cosmovisión indígena, conceptos de enfermedades de frío-calor, cuidados en el postparto.
2.- Medicalización y resistencia: centrándome en la visibilización de las prácticas hegemónicas del sistema de salud, debate sobre la violencia obstétrica y los protocolos hospitalarios que se pretenden reproducir desde las escuelas de partería, y los condicionamientos para incluir a las parteras en la práctica hospitalaria. Revisión y debate de la inclusión de las parteras, tensiones y relaciones de las parteras profesionales con las parteras tradicionales ante el Sistema de Salud.

3.- Incidencia y apoderamiento: Para el abordaje de este tema pretendo poner a debatir a los actores desde su práctica; dialogar con las alumnas de las escuelas de partería, con las parteras tradicionales, con las organizaciones de la sociedad civil y con los funcionarios y funcionarias públicas para entender los elementos de esta interpelación; así como describir las tareas de las CAMIs en el fortalecimiento de capacidades de la población de mujeres indígenas en las comunidades originarias.

FUENTE: Elaboración propia

Metodología e instrumentos

Se siguió una metodología de corte cualitativo con un enfoque participativo, dado que las comunidades en Guerrero, han tenido una tradición militante y para compartir elementos de su vida orgánica propician un intercambio de saberes.

La búsqueda de informantes claves se hizo mediante el acompañamiento a algunas organizaciones en su fortalecimiento, y a partir del contacto de las responsables de las CAMIs en los diversos municipios; al tiempo en que ya he contactado a los directivos de la Escuela de Partería para intercambiar información. En este caso contacté al responsable académico de la Escuela de Parteras Profesionales de Tlapa, Licenciado Samuel Galindo Villegas, quien me permitió entrevistar a 10 alumnas de la segunda generación de esta escuela.

Respecto a las técnicas fueron etnográficas: entrevistas a profundidad, talleres, grupos focales, observación participante no intrusiva y finalmente análisis del discurso a partir de la revisión de documentos producidos en los Foros de la Coalición por la Salud de las Mujeres.

Del mismo modo, entrevisté a algunos funcionarios claves de las Jurisdicciones Sanitarias de las regiones Costa Chica y Montaña, con la finalidad de entender la percepción social de la partería desde las instituciones.

Del mismo modo, entrevisté a usuarias de las CAMIs, para indagar también sobre la opinión que tienen sobre atenderse con parteras tradicionales. Por otro lado a las protagonistas más importantes de esta investigación, a las parteras responsables de las CAMIs, de San Luis Acatlán, de Chilapa y de Ometepec.

2. CONTEXTO EN GUERRERO

2.1 Guerrero: el cuarto lugar nacional en violencias

Según la ENDIREH¹³, 2016 Guerrero es el cuarto lugar de feminicidios a nivel nacional, asimismo según el Observatorio de Mortalidad Materna en México, Guerrero es también el cuarto lugar en México en Mortalidad Materna. Estos datos son alarmantes si se analiza la densidad poblacional y las frecuencias con las que acaecen estas muertes de mujeres. Unas por violencia comunitaria, familiar o institucional. Lo cual será profundizado en el segundo artículo donde reviso el entramado cauce de violencias que dibujan el mapa guerrerense que feminiza la violencia y la exclusión.

Desde el abordaje interseccional también se ilustra la forma en que estas violencias se generan al triplicar los factores de discriminación, en este caso por clase social, por sexo y por etnia. En ese sentido deseo destacar que, si bien estas desigualdades estructurales que se generan en un sistema capitalista en su fase neoliberal con todas estas contradicciones y subordinaciones para las indígenas, también las resistencias se generan en ese mismo tenor.

La decisión de llamar a este trabajo “Pariendo comunidad” se debe a que este proceso de construir comunidad ha sido largo y doloroso para las mujeres indígenas, asociándolo al dolor de parto, como el proceso que han vivido para llegar a construir la incidencia política en sus comunidades desde su “ser mujer” indígena, integrando su cosmovisión, sin esencialismos, asumiéndose como actrices sociales de procesos organizativos que luchan por la vida y este proceso de (re)construcción y gestación comunitaria se vincula con la

13 Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. INEGI, 2016.

reproducción biológico-cultural de dar vida a los nuevos integrantes de la comunidad en términos de dar vida a los hijos e hijas

Respecto a lo que también existe en el contexto regional de Guerrero con todas las experiencias de movimientos de resistencia que se abordan en el segundo capítulo y con los trabajos de las mujeres indígenas quiero destacar un elemento importante que le da vida a este colorido entramado que es el territorio guerrerense.

2.2 La partería tradicional y la política de los comunes

Las recientes reflexiones de Federici (2020) definen al feminismo de los comunes como “una nueva forma de resistencia que se desarrolla en zonas rurales como una alternativa ante los nuevos cercamientos capitalistas¹⁴”

Y ante esta vorágine depredadora de modos de vida ancestrales, emergen también: **“nuevas relaciones de resistencia basadas en el principio del compartir lo comunal”** (Federici, 2020: 142).

Estos modos de producción alternativos están apostando a la autosuficiencia, al trueque y a la resistencia desde lo rural.

En ese sentido, quiero destacar el sentido de intercambio que se da en la práctica de la partería indígena que rebasa lo económico, dado el contexto de pobreza que persiste en la región. La partería tradicional fomenta y construye otros vínculos de trueque, de intercambio, de fortalecimiento, de resistencia, de sororidad y de apoyo mutuo entre mujeres.

Si bien las mujeres indígenas tienen una larga trayectoria organizativa regional, (CONAMI, Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas, Noche Zihuame,

14 Federici define los cercamientos como prácticas políticas de despojo territorial, de limitación de derechos (2020) de los agrarios, del uso del poder capitalista para marginar al campesinado y hacerlo migrar en busca de sustento al ejército de mano de obra paupérrima.

etc.) también estos cercamientos capitalistas las han orillado a recrear estos vínculos, resignificarlos y reinventar estas relaciones comunales desde su subjetividad femenina.

Para comprender el abordaje del sentido comunitario y de cómo se configuran estas relaciones de cuidado, auto-cuidado y de comunalidad desde la perspectiva de Federici en procesos organizativos de mujeres, hablaré un poco de:

2.3 ¿Qué son los comunes?

Son relaciones de producción ajenas al Estado y al mercado, que aspiran a superar las divisiones que existen entre nosotros, y que fomentan la autogestión,

“Los comunes se definen por la existencia de una propiedad compartida, en forma de riqueza natural o social compartida (tierra, aguas, bosques, sistemas de conocimiento, aptitudes, para cuidar) para el uso de todos los comuneros, sin distinción alguna porque no están a la venta” (Federici, 2020 :149)

Y retomo esta definición para ejemplificar lo que las responsables de las CAMIS comparten en entrevista, en el caso de Libni Dircio, responsable de la CAMI de Chilapa, quien nos comparte el tema del trueque y de la misión de la partera, al saber conscientemente que en la mayoría de los casos las mujeres que se atienden con ellas no tienen recursos para pagar sus servicios;

“Muchas veces sabemos que las mujeres que vienen a la CAMI no pueden ir al hospital porque no tienen dinero para los pasajes y a pesar de eso no les vamos a negar la atención porque el niño “ya viene” eso sería inhumano, y aunque a veces hasta acabamos poniendo de nuestro propio recurso, nuestro propio alcohol, nuestras propias vendas, lo hacemos por amor...”

(Libni Dircio comparte este testimonio en agosto del 2020)

Este testimonio nos habla también de una lógica de los comunes que está presente al compartir sus saberes, sus prácticas, su atención personalizada y el cuidado colectivo hacia otras mujeres que están gestando y pariendo comunidad.

Del mismo modo, las responsables comentan que ante el tema de la violencia comunitaria, muchas veces las parteras que en su mayoría son adultas mayores también se exponen a ser atacadas, asaltadas o hasta asesinadas en el cumplimiento a su labor y que experimentan muchos riesgos como en el caso de la pandemia actual¹⁵, están en primera línea de atención y ellas mismas no cuentan con ningún tipo de seguridad social en la mayoría de los casos.

En cuanto a la acción específica de las Casas de la Mujer Indígena, además de visibilizar esta titánica tarea de posicionar el Derecho a la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres Indígenas como un elemento vital de los pueblos indígenas guerrerense, las parteras y las promotoras de salud comunitarias inciden también en la construcción de una cultura de paz a través de los talleres, la promoción del auto-cuidado, el cuestionamiento que se hace a las instituciones patriarcales desde el feminismo comunitario¹⁶ y de este modo re-apropiarse de su cultura, de su comunidad, de su territorio y saberes, así como de las formas de traer vida a este mundo.

En ese orden de ideas, destaco también este bagaje organizativo de las mujeres en Guerrero y el impacto que tiene en la construcción de autonomía, y de gestión, pero también de nuevas formas de relacionarse entre mujeres, superando temas

15 Las parteras tradicionales colaboran como voluntarias, no reciben ningún salario, y la mayoría de las veces tampoco un salario, en las comunidades muchas veces el único pago remunerado por su tarea, es el trueque o la gratitud. Ellas compran sus propios insumos, por lo que al ser mujeres indígenas sin recursos, la exposición al contagio es mucho mayor.

16 Si bien las parteras no se asumen como feministas comunitarias, ni se adscriben políticamente a una ideología en la práctica han construido espacios de lucha, reconocimiento y de redes comunitarias para incidir en políticas públicas.

de competitividad patriarcal y colonial en sus esquemas organizativos que reviso en el segundo capítulo de este trabajo¹⁷. El acompañamiento entre mujeres, la sororidad, el apoyo mutuo, es un proceso colectivo muy interesante que muestra una práctica de feminismo comunitario y de resistencia ante el despojo medicalizado, de luchar juntas contra la muerte materna, de hacer apuestas por la paz y contra la violencia comunitaria.

Por otra parte, enfatizo también en algunas aseveraciones que hace Federici (2015) respecto al trabajo reproductivo y su relación con el extractivismo como forma de cercamiento capitalista, por una parte, como define en su obra *El Calibán y la Bruja* (2015) los efectos que el proceso de acumulación originaria capitalista tuvieron sobre cuerpos de mujeres, mismas que fueron obligadas a ser las responsables de la servidumbre como parte de la aportación femenina a la reproducción familiar sin salario alguno, y a nivel más global, que estos cercamientos capitalistas se dieron a partir de actividades extractivistas y de despojo territorial a nivel continental (y luego global) en las que las mujeres fueron las destinatarias más vulnerables. Como es el caso del despojo de territorios sagrados, plantas, rituales y saberes que fueron alienados por el capital a través de corporaciones farmacéuticas.

En ese sentido, es necesario visibilizar que el extractivismo además de darse en el ámbito territorial, se da en la dimensión simbólica y de saberes. Las parteras tradicionales, las promotoras de salud y las responsables de las CAMIS, en muchas ocasiones son despojadas de su saber y de su poder médico por el aparato sanitario occidental, por las farmacéuticas e incluso por las corrientes obstétricas “alternativas” que también luchan contra la violencia obstétrica profesionalizan el saber ancestral de la partería en procesos de “blanqueamiento

17 En los trabajos de la Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas (Espinosa, Dircio y Sánchez, 2010) Describen el proceso de luchar por el reconocimiento en organizaciones campesinas de corte masculino, que las hace competir entre sí

epistemológico” consistente en quitarle su ritualidad, sus procesos organizativos y su identidad a los saberes de la partería. Algunas corrientes de partería profesional que pasaron por el proceso de blanqueamiento epistémico y que despojan a las parteras de técnicas obstétricas modernas que son mercantilizadas para mujeres de clases sociales altas, y que cobran los servicios de partería como una alternativa a la violencia obstétrica hospitalaria.

2.4 Las CAMIS y su capacidad de gestión

En los siguientes capítulos se profundiza sobre la genealogía y proceso de gestión y de organización de las Casas de la Mujer Indígena y Afromexicana, sin embargo en esta parte se enfatiza el potencial organizativo regional donde se gestó cada una de ellas, como en el caso de Chilapa, Zihuatlahuac” Mujer Sana Fuerte y Valiente¹ ya que, pese a la criminalidad que ha escalado exponencialmente en la última década, es importante visibilizar la resistencia organizativa de las mujeres construyendo acciones colectivas de paz. En lo que se refiere a la Casa de la Mujer Indígena de Ometepepec “Manos Unidas de Mujeres”, también es una región que durante el sexenio pasado vivió cruentos enfrentamientos entre los narcotraficantes y sólo cuenta con un hospital regional. El proceso de esta CAMI fue muy paradigmático porque integró a mujeres indígenas que devenían de procesos de liderazgo campesino en organizaciones mixtas, por lo que el proceso de organizarse en torno a una demanda femenina les implicó un proceso complejo y fue la punta de lanza de esta iniciativa de gestión ciudadana en co-laboración con el gobierno y la comunidad.

Por último también destaco el potencial organizativo de la Cami “Nellys Palomo” de San Luis Acatlán y el bagaje histórico que dejó la guerrilla en este territorio comunitario con sus proyectos de Policía Comunitaria, pero también de

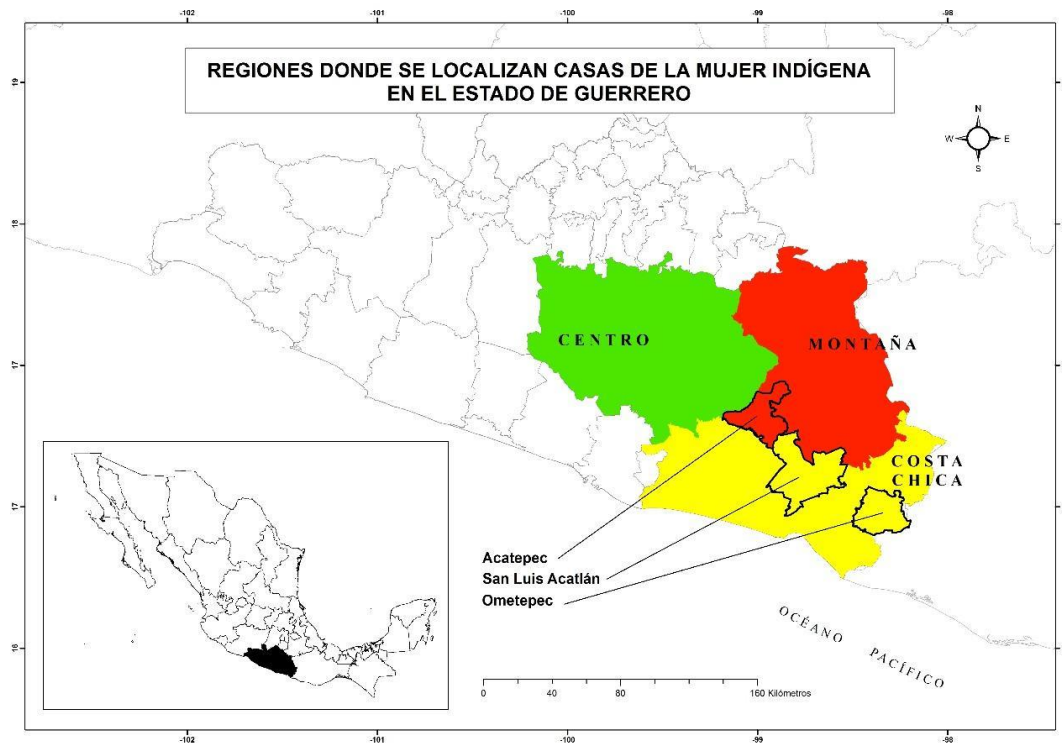
confrontación con el patriarcado comunitario, que a menor escala sabotea o bien minimiza los procesos organizativos de mujeres en la región¹⁸.

Como lo ha revisado en sus trabajos Gisela Espinosa, (2013) el proceso de creación de las CAMIs, fue un proceso organizativo sin precedentes que involucró a lideresas campesinas que tuvieron que gestionar formas de organizarse, de resistir, de cabildear, y ponerse de acuerdo entre ellas, destacando que los procesos de los que ellas venían eran a partir de movimientos masculinos. Ese ejercicio de mirarse a si mismas, de construir su subjetividad, de dialogar, de aprender a escucharse, trajo consigo mucha complejidad.

De este proceso, se realizó un diagnóstico con académicas y con otros sectores de mujeres que tampoco estaban familiarizadas con la problemática de Guerrero, lo que implicó un proceso dialógico muy enriquecedor para las mujeres, Y fué la génesis de un movimiento intercultural, entendido como culturas epistémicas, y de cosmovisiones muy diversas.

18 Por diferencias con la UPOEG, algunos grupos de la Policía Comunitaria, confrontaron a trabajadoras de la Cami, reduciendo a temas de “justicia comunitaria” algunas iniciativas feministas.

Figura 1. Localización de las CAMI en Guerrero



Mapa elaborado por Geógrafo Hugo Illescas.

3. EL ABANICO TEÓRICO FEMINISTA SOBRE LA SALUD

3.1 Mujeres indígenas abriendo brecha en la agenda de salud reproductiva

Hablar del Derecho a la Salud de las Mujeres en un contexto indígena es un tema transgresor dado el abandono histórico a este sector y además por la triple exclusión sexista, racial y económica a este grupo poblacional, pero al contextualizarlo en el estado de Guerrero este problema se vuelve focal por el rezago estructural crónico, la pobreza y la violencia en todas sus dimensiones que caracterizan a la región, mismas que se analizan en trabajos de: Bartra (2015) Espinosa, (2003;2013); Canabal, (2001; 2004) Sarmiento, (2009, 2006, 2004); Flores,(2005, 2007) Canabal y Flores(2004), e Illades (2014).

Derivado de este contexto económico, el tema de la salud, presenta un panorama epidemiológico poco esperanzador por la ausencia de inversión económica en este rubro, como lo muestran las cifras de 2015, en las cuales se observa que el 13% de la población total no tiene acceso a ningún servicio de salud (INEGI, 2015). De los que si cuentan con ese servicio, el 77.3% acude al Seguro Popular, que es una instancia que actualmente está sobre-saturada porque a ella acuden en su mayoría usuarios sin acceso a un trabajo fijo con prestaciones porque la mayoría de la población está desempleada o ejerce algún subempleo.

Así mismo, el 1.2% de los y las guerrerenses no cuenta con acta de nacimiento ni documentos oficiales, por lo que al pensar en afiliación a sistemas de salud este dato se vuelve trascendente para entender la accesibilidad al Derecho a la Salud, dado que para convertirse en sujeto de Derecho se requiere tener una identidad nacional y en el caso de la población indígena que es el 15.32% al no contar con documentos son excluidos del sistema de salud nacional¹⁹, mismo que

19 La problemática de exclusión del sistema sanitario es abordada a profundidad por Hermelinda Tiburcio (2009) quien profundiza sobre la ausencia de documentos de la población indígena

aumenta la brecha de accesibilidad de la población indígena y afrodescendiente en el país. En el tema de rezago e infraestructura, se da una peligrosa correlación que impacta en el no acceso a agua potable, porque sólo el 46% de la población cuenta con este. Respecto al servicio de acceso a drenaje se reduce al 83% de la población. Aumentando el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas de la población de Guerrero, que son fácilmente evitables como lo demuestran los trabajos de Leal (2013), Amaro (2010), Meléndez (2008) Rodríguez y Oviedo (2018), Benítez (2015) mismos que analizan el desabasto histórico en el rubro de la infraestructura sanitaria, una gran saturación hospitalaria estatal y que explican las causas de las elevadas cifras de mortalidad por enfermedades de la pobreza²⁰, las cuales desde el enfoque de la epidemiología crítica son absolutamente prevenibles con todos los avances tecnológicos existentes en el rubro sanitario.

De ahí entonces que el perfil epidemiológico regional se vuelve más crítico al contar con un sistema sanitario excluyente hacia la población indígena sin protocolos reales de atención intercultural²¹ y que en el ámbito de la Salud Reproductiva esto se exacerba por la condición de vulnerabilidad de las mujeres gestantes.

de la región Costa Chica y Montaña, al no contar con instituciones cercanas a sus comunidades que expidan registros y documentos oficiales como certificados de salud. Cuando se tiene que registrar a un neo-nato la familia debe cruzar la montaña en un viaje que le implica muchos gastos y ante la pobreza regional, no se hace este registro. O bien otra causa puede radicar en que al atenderse con partera (fuera del hospital) también se margina a las familias como forma de castigo por parte de las instituciones de salud.

20 La ausencia de red sanitaria de drenaje, falta de agua potable, así como ausencia de infraestructura carretera y hospitalaria, aumentan el riesgo de contraer este tipo de enfermedades infecto-contagiosas que desde la medicina social son denominadas enfermedades “de la pobreza” descritas por epidemiólogo crítico ecuatoriano Jaime Breilh, quien afirma que son evitables con poca inversión pública en estos rubros.

21 En entrevista, la responsable de la Escuela de Parteras Profesionales de Tlapa, Elizabeth Melgarejo, sub-coordinadora clínica, comenta que pese a estar en proceso de profesionalización, en la práctica clínica las parteras son excluidas del Sistema de Salud, al sólo permitirles labores subordinadas en el área de toco-cirugía.

En contraposición a este contexto profundamente adverso para el desarrollo de la vida, este trabajo pretende rescatar la esperanza que aporta la práctica de las parteras tradicionales indígenas a la salud de las mujeres indígenas en Guerrero en procesos organizativos comunitarios para gestionar las Casas de la Mujer Indígena, las cuales a la fecha son seis: la de Ometepepec “Manos Unidas de Mujeres”, la de San Luis Acatlán “Nellys Palomo Sánchez-Vee-Naa-Xiï”, la de Acatepec o “Cerro del Carrizo”, la de Chilapa “Zihuachikahuac”, así como la de Ayutla de los Libres y la de Metlatónoc.

Estos lugares se han convertido en espacios de cuidado de la vida, defensa del Derecho a la Salud y de resistencia en los que prevalecen los modos de vida comunitarios, el rescate de la ritualidad, la construcción de la comunalidad, el rescate de la obstetricia tradicional indígena a través de prácticas como: el manteado, las sobadas, el cuidado alimentario de acuerdo a su cosmovisión en el embarazo y puerperio, la siembra de ombligo, el respeto al parto vertical y la epistemología propia de la partería tradicional, además del inmenso bagaje en conocimientos herbolarios, ritualidad y sanación con plantas.

Existen importantes trabajos que ya revisan a profundidad la problemática de la muerte materna a estas alturas del siglo, en un contexto tan profundamente marginal, en las regiones indígenas: Espinosa (2013) y Berrío (2017, 2018); Lozano (2019); Freyermuth, (2016, 2017, 2018) Sesia, (2018) Tiburcio (2007) los cuales abonan elementos analíticos claves para explicar la prevalencia y evitabilidad de la muerte materna en mujeres indígenas del estado de Guerrero, su relación con la política sanitaria y las acciones de exigibilidad en salud para colocar en la agenda pública las propuestas para hacer válido el Derecho a la Salud Reproductiva en esta región tan marginada y violentada por el Estado mexicano.

Pese a la inversión estatal en programas de salud, la prevalencia del indicador de la muerte materna, sigue señalando una Razón de Muerte Materna²² de 53.9, hasta el año 2018 equivalentes a 39 muertes acaecidas en Guerrero durante 2016, que aunque parecieran pocas, cuando se dimensiona esta cantidad a nivel nacional, prevalece el cuarto lugar en incidencia de este fenómeno; es decir que Guerrero ocupa el cuarto lugar de 32 estados en todo el país donde se mueren mujeres; de las cuales el 15.4% de las mujeres fallecidas eran indígenas, el 56.4% vivía en municipios con alto y muy alto grado de marginación y sólo el 53.8% tuvo acceso a atención del parto en una clínica u hospital en 2016 (Freyermuth, 2018) esta numeralia de Freyermuth, es muy representativa para ilustrar la realidad de la muerte materna que ocurren en el periodo contemplado según la definición de la OMS: “desde la gestación, hasta el día 42 del puerperio”. Es por eso que la razón de muerte materna es uno de los indicadores más evidentes de carencias en la atención al parto y que derivan en otro indicador grave de política sanitaria: la reducción de la esperanza de vida al nacer.

La gravedad sobre la muerte materna y su relación con la evitabilidad de esta son discusiones muy relevantes al visibilizar el embarazo que no debe ser tratado como una patología, como las que da Argüello (2018) subrayando la muerte materna como indicador de democracia y bienestar en un país evaluado por Naciones Unidas: “el embarazo no puede ser tratado como una patología, puesto que es un proceso fisiológico que estará presente mientras la humanidad exista” (Abou-Zahr, 2003, citado por Argüello, 2018:3); por lo que mide también la accesibilidad a servicios de salud reproductiva. Por otra parte, Freyermuth (2014, 2016) reflexiona sobre la categoría: “evitabilidad en exceso” para enfatizar²³ estas

22 Este indicador según La OMS se calcula al multiplicar el número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100 000 nacidos vivos en el mismo periodo.

23 En los trabajos de Freyermuth (2014) se revisa una lista de muertes prevenibles que hace la Organización Mundial de la Salud, de 48 causas de muerte que son potencialmente prevenibles, entre ellas, la muerte materna es la cuarta, y destaca su carácter absolutamente prevenible.

brechas que visibilizan las carencias de acceso al Derecho a la salud reproductiva, como destaca la autora al señalar que el riesgo de morir en estas etapas aumenta tres veces entre la población de mujeres indígenas.

Respecto a la metodología de abordaje de esta compilación de testimonios de mujeres indígenas, me apegué al paradigma cualitativo, elaborando una etnografía feminista, a través de entrevistas abiertas, a las responsables de las CAMIs y en su caso a algunas parteras que hablan español, puesto que la mayoría de las parteras indígenas son adultas mayores y monolingües. Pero además desde mi propia subjetividad femenina, para mí es importante considerar la etnografía feminista como herramienta útil porque de acuerdo a Blásquez este enfoque me permite desentramar la vida de las mujeres indígenas reduciendo esencialismos y teniendo un bagaje conceptual que facilita centrarme en ellas como protagonistas de un movimiento.

“[Se refiere a]...la descripción orientada teóricamente por un andamiaje conceptual feminista en el que la experiencia de las mujeres junto con la develación de lo femenino está en el centro de la reflexión que conduce la observación. Con este sentido la teoría de género arropada por una teoría crítica de la cultura aporta varios de los conceptos y categorías claves para llevar a cabo la indagación”
(Blásquez: 221,2012)

En cuanto al lugar de enunciación²⁴, también hablaré desde la posición des-colonial²⁵, que ha implicado un ejercicio ético y epistémico al asumirme como

24 Entendido como la posición que asumo como investigadora foránea a un contexto indígena al acompañar procesos colectivos de grupos indígenas.

25 Des-colonial para Segato (2010) esta posición además de implicar una crítica seria al eurocentrismo científico, que busca justicia para los saberes no producidos en Europa, implica también asumir una posición personal ante los saberes racializados en la academia, y que como investigadores también tenemos privilegios epistémicos de raza que se ven reflejados en la investigación y qué es necesario deconstruir.

acompañante de un movimiento de mujeres indígenas, pese a que no soy indígena, convirtiéndome así en una **“colaboradora no-indígena”** (Macleod, 2015) posición que me permite vislumbrar la construcción de género desde la subjetividad de la investigadora, entre mujeres indígenas e interpretarlo con las herramientas (y privilegios) que me da la academia (donde prevalece el enfoque científico occidental) haciendo un ejercicio de de-construcción y de re-situarme como aprendiz del saber emergente de la partería tradicional indígena y documentar la experiencia, con la intención de:

“descentrar el conocimiento autorizado²⁶”, para : “atender el imperativo moral de re-situarse como aprendices y entrar en un proceso y relación de aprendizaje basado en los saberes indígenas” (Mc Isaac, 2008 [2000]:100; citado por Macleod , 2015: 33)

Y así poder sistematizar los debates y procesos de conocimiento, visibilizarlos fuera de la academia para descentralizarlos e intentar re-significar estos saberes desde un enfoque descolonizador, dado que:

“A menudo la Academia desconoce la legitimidad de estos conocimientos por considerarlos “no científicos”, contribuyendo así a la producción activa de lo no existente” Souza, Santos, 2002; Citado por Macleod, 2015:33.

En este mismo tenor, Santos (2005) denuncia que estas prácticas académicas no sólo tienden a reforzar la injusticia social, sino que también refuerzan la injusticia cognitiva y es necesario recuperar el valor de los saberes ancestrales femeninos.

26 En el enfoque crítico decolonial, Santos (2009) denuncia esta omisión de saberes en el paradigma científico moderno occidental, y en contraposición el mismo Santos (2005) denuncia como se invisibilizan saberes en contextos indígenas.

3.2 Nuevos derroteros en la salud materna: partería tradicional indígena

El proyecto de las Casas de la Mujer Indígena y afrodescendientes, CAMIs surgen en 2003 como un programa piloto financiado por la CDI. (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y la Secretaría de Salud, en respuesta a algunas peticiones de colectivos de mujeres indígenas que se organizaron y gestionaron en torno a temas de Salud Sexual y Reproductiva así como en acciones para prevenir la violencia hacia las mujeres y las niñas. Actualmente tienen presencia en 14 entidades federativas (Berrío; 2015), aunque al principio se instalan 5 casas pioneras en Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla; posteriormente se elabora un modelo²⁷ que incide en la implementación del programa de Acciones por la Igualdad de Género y Pueblos Indígenas. La iniciativa tiene un gran impacto en la reducción de indicadores de muerte materna que entre 2013 y 2014 se consigue instalar 22 casas distribuidas en 14 estados de la República Mexicana logrando beneficiar a mujeres de las comunidades indígenas más numerosas del país, tales como; tsotsiles, mayas, mixes, mixtecas, nahuas, amuzgas, otomíes, mazahuas, totonacas, ikoods, pames, tenek, mayos, meph'á, tlapanecas, purépecha, zapotecas, zoques.

Del mismo modo, por el tipo de intervención que se solicita como requisito de creación de estos espacios, se involucra a mujeres de diversos sectores de la ciudadanía²⁸; como académicas, Organizaciones de la Sociedad Civil, instituciones de gobierno o de Agencias Internacionales que buscan fomentar

27 Modelo autogestivo de atención ala violencia de género y la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, a partir del cual se instalan 14 casas nuevas.

28 En el presupuesto de creación se contempla la contratación de una asesoría de una experta en esos temas, puede ser persona física o moral que apoye el fortalecimiento de capacidades de liderazgo.

proyectos de Desarrollo²⁹ y de incidencia en temas de salud, Derechos Sexuales y Reproductivos con enfoque de género, participación política, acciones en política pública para erradicar y prevenir la violencia hacia las mujeres, así como fomentar la gestión e interlocución con diversos sectores de gobierno y de incidencia pública para posicionar las agendas comunes.

Las CAMIS funcionan con fondos anuales que aporta la CDI, el financiamiento se otorga el segundo cuatrimestre del año y se deben comprobar gastos al final del año, los montos pueden ser para apertura o continuidad (Gómez, 2015). Esto genera un presupuesto muy limitado para su funcionamiento dados los calendarios institucionales y el escaso presupuesto el cual deberá rendir para cubrir los pasajes de las parteras, la compra de insumos para usuarias³⁰, y cómo lo señalan Figueroa y Sierra (2019) “los fondos sólo cubren seis meses del año, los meses restantes, ellas subsidian y donan su trabajo”. Lo que genera explotación por parte de las instituciones de salud hacia las parteras

Cada CAMI es autónoma en cuanto cómo opera y de las alianzas con organizaciones asesoras que hace para su funcionamiento, el cual gira en torno a prevención de la violencia hacia las mujeres indígenas y a la Salud Sexual y reproductiva; además de convertirse un espacio de saberes ancestrales al fomentar el diálogo intercultural y de apoyo mutuo que se dan al interior de estos espacios son algo muy interesante porque actúan entre pares, -de partera a partera- fomentando así saberes tradicionales, labor pedagógica y de comunicación, así como promoción de la salud con enfoque intercultural que

29 En los trabajos de Macleod (2015) se debaten a profundidad los intereses y fines de “la Colaboración” refiriéndose a Agencias internacionales que promueven discursos de “equidad y multiculturalismo” con un toque colonial, y propone ser muy cuidadosas con los fines de esos financiamientos. (Oxfam, Mac Arthur, Mama-Cash) y entender las formas en que ellas han resistido también a estos intentos de colonialismo colaborador.

30 Considerando que la mayoría de las veces las usuarias no les pueden pagar a las parteras y les pagan en especie, como con una gallina, un huipil o pagos simbólicos que siempre son precarios.

combina elementos tradicionales de atención con prácticas occidentales de obstetricia y canalización de emergencias obstétricas a instancias de tercer nivel de atención (hospitales y clínicas).

Además de ser espacios de lucha femenina por espacios de participación política se vuelven lugares simbólicos de resguardo físico para que las mujeres alumbren, al tener la función de albergues para las parturientas y sus familias cuando no pueden volver a sus casas cuando el momento del parto está cercano debido a las grandes distancias geográficas. Esta función de albergues tiene un papel importantísimo en la construcción de comunidad, por el rescate de ritualidad, por el respeto y diálogo real de saberes y de prácticas ancestrales que preserva en su existencia.

Las CAMIs de Guerrero se ubican por regiones: las de Ometepec, Ayutla de los Libres y San Luis Acatlán en la región Costa-Chica y en la región Montaña se ubican las de Chilapa, Metlatónoc y Acatepec ubicadas en la región Montaña. Los trabajos de diversas académicas ya han revisado la creación de estos espacios; Espinosa (2013) en Ometepec, Berrío y Lozano (2015), Figueroa y Sierra (2019), sin embargo algo que caracterizan estos espacios es el devenir de procesos organizativos de coaliciones campesinas masculinas y que ganar espacios ante el machismo comunitario representó una batalla épica como lo documentan Dircio, Néstor y Espinosa (2010). Otro elemento relevante en la práctica de lucha por el derecho a la salud ha sido la violencia comunitaria que asola estos territorios como en el caso de la de Chilapa y de los impactantes sucesos del último año,³¹ que ha mantenido limitada la actividad en esta CAMI y

31 El asesinato de 10 músicos indígenas en enero de 2020, en respuesta a ese asesinato, 19 niños de entre 6 y 10 años arman su grupo de autodefensa para combatir al grupo paramilitar “Los ardillos”, el constante acoso a las defensoras, la violencia hacia las mujeres está en un punto álgido que impide hacer actividades de promoción al poner en riesgo su integridad física familiar. En esta CAMI se ha priorizado la intervención en el tema de la violencia, porque además las parteras tradicionales son muy pocas y ya son adultas mayores que corren riesgos graves al viajar de comunidad en comunidad.

que mantienen en riesgo constante a las defensoras de Derechos Humanos y Promotoras de salud de este espacio.

Para los fines de este trabajo en el contexto rural e indígena que se describen brevemente, es muy importante caracterizar a las parteras tradicionales y mostrar la relación que existe entre la preservación de la ritualidad indígena con el tema de eco-feminismo y defensa del territorio, que a su vez se imbrica con el Derecho a la Salud intercultural con enfoque de género. Pese al gran interés que existe por parte de diversas agencias internacionales para fortalecer el sistema sanitario, en este trabajo me posiciono en defensa de la partería tradicional indígena como derecho cultural que preserva la ritualidad de la salud, como expresión de la defensa del cuerpo y del territorio y como una forma de comunalidad. Por lo que a continuación enumeraré algunas descripciones de parteras tradicionales de las profesionales. Argüello & Mateo, (2014) señalan importantes diferencias entre las parteras empíricas y las profesionales, según las definen en su documento de Estado de las Parteras en el Mundo, hecho por las Naciones Unidas como aquellas:

[...] 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 (UNFPA, 2011b: 10) edición de la UNFPA

Por su parte Freyermuth y Manca, (2000) las caracterizan así:

- “mujeres generalmente de edad madura, monolingües, que gozan de gran respeto y validación con «un discurso [que es] compartido por la comunidad y que posee eficacia real y simbólica».

Además, Freyermuth y Muñoz (2000) complementan la caracterización describiendo la forma en que se obtiene el conocimiento sobre partería que deviene de la transmisión generacional y que este llamado o don es anunciado a

través de los sueños. En ese tenor, se abunda sobre los conocimientos de plantas y compuestos herbolarios que faciliten el parto, puerperio y lactancia, sobado y acomodo del bebé en el vientre, baños calientes, aceites y tisanas medicinales, conceptos de frío y calor aplicados a la salud ginecológica e incluso prácticas rituales como enterrar el ombligo, rezos y ritualidad aplicada al acto mismo de atender el parto y puerperio.

Georgina Sánchez (2016) señala que están en: “la reivindicación de las mujeres como dueñas de su propio cuerpo, cuya lucha busca impulsar, resignificar y evidenciar el trabajo que realizan, además de posicionarse políticamente en torno a la salud sexual y reproductiva” (Sánchez, 2016: 12)

Para abonar a esta caracterización de parteras tradicionales retomo la Declaración Conjunta sobre Parteras Tradicionales³² de las instituciones multilaterales, misma que define a la partera tradicional de la siguiente manera:

“la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por si misma o por el aprendizaje con otras parteras tradicionales”

En ese sentido, retomo la descripción que hacen ellas mismas de su práctica en el documento recogido de la Jornada: **“La partería tradicional: saberes y prácticas en riesgo”**, en el que a partir de su propia práctica ellas se definen y representan así³³:

32 En los trabajos de Freyermuth, también sustituyen la palabra de “tradicional” por empírica. Sólo se diferencian de las profesionalizadas por la palabra adiestrada, como aquellas que recibieron capacitación en biomedicina en Declaración Conjunta sobre Parteras Tradicionales de las instituciones multilaterales a (OMS, FNUAP, UNICEF;1993: 5).

33 Este documento lo elaboran las madrinas de ombligo del Centro Nueve Lunas con la validación de otras madrinas obstétricas que se acompañan y validan entre si, y el INAH y la Secretaría de Cultura de México.

“Las parteras **tradicionales y en la tradición** somos guardianas de la vida, de la madre tierra y de los cuatro elementos. Recibimos, honramos y protegemos el saber ancestral. Procedemos de culturas indígenas y no indígena...nacemos con “el don” y recibimos el conocimiento por línea directa y sanguínea a través de nuestro linaje femenino. La mayoría pertenecemos a pueblos originarios o indígenas...” Folleto: La partería tradicional: Saberes y prácticas en riesgo (2018)

También de este mismo trabajo quiero identificar algunas **Buenas Prácticas de la partería tradicional indígena** que son representativas de prácticas que se adscriben la teoría feminista y al feminismo comunitario, dado que muestran el existir y resistir cotidiano de las parteras tradicionales indígenas y que detonan procesos comunitarios de salud, de organización, ritualidad y resistencia. Del mismo modo este cuidado por la vida y este vínculo con el territorio construyen comunidad y el hecho de respetar la forma de parir es también una forma de resistencia ante el despojo bio-médico. La partera tradicional:

- Respeto la posición en que desea parir la mujer.
- Conserva y da valor a la placenta y el ombligo del recién nacido a través de una ceremonia propia de la tradición cultural de la embarazada
- Promueve la lactancia y la recuperación cuidadosa de la mujer.
- Realiza rituales para la vida, seguridad, protección para la mujer, el recién nacido y sus familias en diversos momentos de todo el proceso.
- Transmite valores de respeto a la vida y la conexión de los seres humanos con los elementos de la naturaleza, plantas, agua, tierra, etc.
- Permite que los hombres de la familia puedan participar en diversas partes del proceso.

- Moviliza recursos familiares y **comunitarios** en caso de emergencias y acompaña durante los trayectos a los establecimientos especializados en salud³⁴.

La importancia de una atención al parto con un enfoque intercultural y que a su vez vincule a la comunidad en el proceso del nacimiento, son ejes vitales en la construcción de comunidad, en prevalencia de la cultura y del patrimonio inmaterial de la partería a través del ritual de placenta y siembra de ombligo del neo-nato.

Puesto que se reconoce como parte del territorio, así como de la comunidad, al compartir, símbolos, representaciones, significados y elementos que unifican:

“Cuando una mujer se atiende con una partera, se le pregunta qué quiere hacer con la placenta. [...]. Cuando nace [el bebé] la placenta se puede enterrar, colocar en una jícara de árbol (recipiente elaborado a partir del fruto del jícaro), se enreda en un pedazo de trapo nuevo y se cuelga en un árbol. O también se puede llevar a un arroyo o río, se lava y se lanza de poquito a poquito...[...] porque la placenta es sagrada, guarda la esencia del bebé. Esto es parte de la tradición de la comunidad, también puede enterarse en una jícara, con ello se devuelve la placenta a la madre tierra y se da una conexión espiritual muy importante del bebé y la mamá con el territorio. Entrevista a Apolonia Plácido, en el suplemento: “La Jornada del Campo”.

Deseo enfatizar la idea que señala de Madre Tierra” entrevista a Apolonia Plácido, recuperado del Suplemento “La Jornada del Campo” en el cuál se enfatiza este vínculo de la Madre, el neonato y la tierra como un ritual que los vincula y da identidad en la cosmovisión indígena, pero que también desde la teoría eco-feminista retoma esta idea de cuidado por la vida como algo sagrado.

³⁴ En muchos casos aboga e intercede con el personal de salud para gestionar atención pronta, de calidad y bilingüe, así como por la certificación del recién nacido.

Del mismo modo, deseo señalar la idea de los comunes³⁵ entendida en Federici (2020) como una forma de entender las relaciones de reproducción y de cuidado, a partir de la percepción que aporta en entrevista la coordinadora de la Casa de la Mujer Indígena de Chilapa “Zihuachikahuac”³⁶, Libni Dircio³⁷ que preservar la partería, pese a los riesgos, la marginación infringida hacia ellas por el sistema de Salud, el oprobio colectivo que puede implicar hacer política en un contexto rural, estas son acciones realizadas desde el amor a su comunidad, actos de cuidado colectivo surgida desde el amor y el apoyo hacia otras mujeres, eligen ser una opción ante la práctica hospitalaria que en los hechos reproduce mucha violencia obstétrica. Estas acciones se convierten en las nuevas formas de resistencia que describe Federici (2020: 152) al aplicar el principio de los comunes para: “promover el interés común en cada aspecto de la vida, así como el trabajo político”

3.3 Práxis que se vuelve teoría

En este apartado además de visibilizar las prácticas y actividades realizadas por las Casas de la Mujer Indígena en pro de la partería tradicional, se pretende contrastar estas acciones y revisarlas desde la mirada teórica del eco-feminismo y el feminismo comunitario.

El **feminismo comunitario** identifica como instrumento de dominio al patriarcado, en sus vertientes ancestral y colonial, desde las feministas de Abya-Yala (2016) reconocen colonización y al patriarcado como dos sistemas que

35 Federici (2020) explica los comunes como el conjunto de bienes que pertenecen a la colectividad, pero también el conjunto de relaciones sociales que se reproducen desde un enfoque de cuidado colectivo.

36 La cual significa mujer fuerte, valiente y sana en náhuatl.

37 En entrevista, Libni Dircio destaca la función amorosa hacia otras mujeres que se realiza durante todo el proceso vital de acompañar el embarazo, el parto y el puerperio. La posición desde la que lo hacen es desde el amor a su comunidad y lejos de vivirse como víctimas de un sistema de salud que las discriminan, más allá de esencialismos indigenistas, también comparte desde su subjetividad el tema del cariño a su vocación.

deben ser deconstruidos para encontrar una forma distinta de relaciones recíprocas sin este machismo jerárquico al interior de la comunidad³⁸. Cuestionando cosmovisiones anárquicas que subliman la complementariedad que subordina a las mujeres y afirman que las mujeres “como la otra mitad de cada comunidad” debe desmitificarse el machismo de tradición indígena para integrar a mujeres, niños, niñas y personas de otro género en relaciones despatriarcalizadas (sin esa subordinación machista hacia las mujeres) para hacer comunidad desde relaciones horizontales.

Otros conceptos importantes son: comunidad, cuerpo y territorio, memoria, tiempo e identidad por los que se ha de emprender una lucha colectiva desde su subjetividad indígena. Y si bien, estas discusiones son incipientes en algunos espacios de mujeres al interior de las regiones costa, centro y montaña: muchas se empiezan a asumir feministas comunitarias desde su identidad guerrerense³⁹, como lo revisa Berrio (2020) en su entrevista a feministas comunitarias de diversas regiones del estado de Guerrero , en particular se identifican las siguientes prácticas que integran este bagaje conceptual.

- Incidir en la gestión de la profesionalización y reconocimiento de la partería tradicional, como apoyar la creación de la Escuela de Parteras Profesionales de Tlapa, con la finalidad de profesionalizar la partería y abrir espacios educativos y de incidencia para las mujeres indígenas. Desde el feminismo comunitario y la teoría crítica decolonial se apela a

38 Cuando decimos comunidad nos referimos a nos referimos a todas las comunidades de nuestra sociedad, comunidades urbanas, rurales, religiosas, deportivas, comunidades culturales, comunidades políticas, comunidades de lucha, territoriales, educativas, de tiempo libre, de amistad, comunidades barriales, generacionales, sexuales, agrícolas, comunidades de afecto, comunidades universitarias, etc., etc. Es comprender que de todo grupo humano podemos hacer y construir comunidades. Es una propuesta alternativa a la sociedad individualista. Paredes (2008)

39 Para algunas mujeres de comunidad, resulta difícil el asumirse como “feministas” por desconocimiento del término y por asociarlo a movimientos de feministas blancas, lejanas a su comunidad.

que al capacitar a las parteras no se elimine la ritualidad, ni el enfoque intercultural de atención a la salud.

- Gestionar la construcción colectiva de las CAMIS a través del cabildeo local y municipal y la organización de sus comunidades. Desde el feminismo comunitario se busca integrar a mujeres, hombres y personas no binarias, luchando por y para su comunidad.
- Hacer alianzas para incorporar la agenda indígena en la Coalición por la salud de mujeres. Aquí se identifica el principio de apoyo mutuo.
- Vincularse con redes de parteras y promotoras de salud indígena, a través de foros, Intercambios y espacios de discusión entre pares a nivel internacional, visibilizar el tema de interculturalidad, diálogo de saberes y la ética de compartir en comunidad.
- Impactar en redes interculturales de conocimiento, comunicación y apoyo mutuo para visibilizar las epistemologías del sur (Santos, 2009). Posicionarse ante el colonialismo médico institucional y asumir una postura de construcción de saberes avalados entre pares, eliminando la jerarquía de la ciencia hegemónica.
- Denunciar, prevenir y visibilizar el racismo en la práctica médica, descolonizar la teoría y avalarse entre ellas⁴⁰. Desde la antropología médica se cuestiona el papel jerárquico de los ginecólogos formados en el paradigma científico occidental que invalidan los saberes ancestrales.

40 En la Jornada sobre Partería Tradicional se elabora un documento en el que se declara que para avalar la práctica y conocimiento ellas no necesitan ir a la Escuela, o que los médicos les extiendan un certificado escolar, ellas mencionan que el saber de las madrinas obstétricas tiene el mismo o mayor reconocimiento que el de la medicina occidental.

En ese sentido, ellas resignifican y revaloran el valimiento entre pares, una madrina obstétrica, avala a otra.

- **Cuerpo/ territorio:** posicionar y denunciar la lucha contra el extractivismo médico de las farmaceuticas, de las mineras al despojar de plantas y sitios sagrados en foros internacionales; así como el respeto a las formas de parir, la ritualidad y el autocuidado como espacios de construcción de una forma distinta de ser mujer conservando la raíz indígena pero cuestionando los privilegios de género, de raza y económicos que se dan en espacios indígenas.
- El hecho de ser originarias del mismo lugar, hablar el mismo idioma y entender las prácticas rituales similares permite el fomento de empatía, confianza y seguridad para las mujeres usuarias de los servicios de partería tradicional, mismo que en la relación curador-paciente elimina la jerarquía así como una forma más horizontal de cuidado entre mujeres.
- Del mismo modo, esta condición le permite ser intérprete e interlocutoras con otros sectores gubernamentales o académicas en el papel de traductoras, gestoras, o acompañantes de procesos organizativos de otras mujeres, fomentando la conciencia de la vida, de sembrar en el territorio y en su propio cuerpo como espacio de lucha contra el patriarcado y la violencia.

Desde el enfoque teórico considero que las características que proponen las feministas latinoamericanas abonan a la construcción y sistematización de experiencias de mujeres reales que se han posicionado contra el sistema global que las ha excluido históricamente (Gargallo, 2014) las mujeres pobres, las racializadas, las obreras pobres, las estudiantes, las viejas, las indígenas, las excluidas siempre han sido “la piedra en el zapato” del sistema capitalista, puesto que han tenido que luchar por sus derechos ante prácticas como: la feminización de la pobreza, la criminalización de la lucha por un aborto seguro, la impunidad

jurídica feminicida, la exclusión económica y epistémica, los techos de cristal en diversas instituciones patriarcales son condiciones que detonan experiencias emancipadoras protagonizadas por mujeres en diversas dimensiones de los campos de poder y que posicionan a estas mujeres como protagonistas en la arena de la política pública, como movimiento social.

Destaco también la característica de los movimientos feministas de América Latina que se refiere a los aspectos cosmogónico y espiritual que se vuelven importantes ante la ausencia de fe posmoderna y que en la fase neoliberal, borra la esperanza espiritual de la especie humana con estos proyectos aniquiladores y su necropolítica en la lucha por el poder económico a costa del despojo territorial de importantes comunidades. Del mismo modo la devastación ecológica es un elemento importante que ha generado una reacción importante en los movimientos por la defensa del territorio que retoman estos pactos humanitarios por la vida.

En ese sentido los **feminismos comunitarios** de la experiencia boliviana representada por las aymaras bolivianas y sistematizada por Julieta Paredes, han sido un referente importante para las indígenas guerrerenses en los diversos encuentros en los que se ha compartido la palabra, Berrio (2020) cuestionando al patriarcado colonial indígena, desde sus propias instituciones comunitarias y retomando esta fortaleza de las mujeres organizadas, dialogando, construyendo apoyo mutuo, retomando comunalidad, defendiendo lo sagrado de su territorio. El hecho de preservar la partería tradicional es también cuidar la memoria y la tradición como un derecho cultural.

Del mismo modo, el principio de **feminismos de lo común**, concepto revisado por Federici (2020), Gargallo (2014) y Raquel Gutiérrez, quienes retoman la explicación marxista de cómo el capitalismo patriarcal despoja a las mujeres de los recursos naturales, despojando sus saberes en cuanto a herbolaria, fomentando la mercantilización y sobre todo la medicalización. Por su parte,

Federici (2013, 2015; 2020) señala la explotación femenina en el proceso reproductivo humano que al requerir cuidados en distintas etapas de su vida formándose para ser un eslabón más en la cadena de producción, del cual las mujeres son responsables históricas de cumplir esta función y así el “trabajo de cuidados⁴¹” se enajena por el modo de producción al no ser retribuido económicamente y mucho menos reconocido, ni respetado en lo afectivo.

“la acumulación capitalista es estructuralmente dependiente de la apropiación gratuita de aquellas inmensas áreas de trabajo”
(Federici, 2013: 247).

En contraposición, Federici (2020) describe la importancia de reivindicar **los comunes** como una forma de resistencia que garantiza también la supervivencia económica, la solidaridad, la capacidad de agencia y el cuidado de la salud en las mujeres indígenas desde una posición más colectiva, negociada, que produce responsabilidad social y colectiva en el proceso reproductivo y en el productivo. La tarea que hacen las parteras tradicionales indígenas de concienciar a la comunidad sobre la importancia que tiene el cuidado de la vida, la sostenibilidad ecológica y del cuidado de la salud, así como todo el marco relacional que surge de ellos y de la reproducción social de la comunidad sin explotar el trabajo doméstico femenino, abona a la concepción ecológica de la vida comunitaria y a la construcción de formas de re-pensarse como mujeres equilibradas con su cosmogonía, de hacer territorio, de cuidar de él y al mismo tiempo hacer comunidad.

Otra teoría que arropa esta práctica en Guerrero, es el **eco-feminismo**, postura que actúa ante el desastre ecológico que emergió con el avance del capitalismo y que se exacerbó con la necesidad de dominar a la naturaleza por parte del

41 Entendida como la capitalización del trabajo doméstico despojado de todo reconocimiento cultural, social, económico y afectivo.

sistema patriarcal. El capitalismo afianza esta postura con su discurso de progreso económico, el extractivismo privatizador de bienes y prácticas comunes y el despojo territorial.

En el trabajo de Macías (2019) se aportan elementos importantes para conocer la teoría eco-feminista, en ella define la diferencia entre el eco-feminismo clásico u occidental (d'Eaubonne, Davis, y Daly), la espiritualidad ecofeminista, (Christ), el ecofeminismo de países empobrecidos (Shiva, 1998), el ecofeminismo constructivista (Ynestra King, María Mies, Karen Warren); sin embargo la teoría más afín a las condiciones de las mujeres indígenas construyen comunidad en Guerrero es la de ecofeminismos latinoamericanos desde Abya-Yala. En este también encontramos distintas posturas, que Macías (2019) tiene a bien comparar derivadas de experiencias colectivas que se van sistematizando en el andar colectivo; tales como teología feminista y ecofeminista en América Latina, representada por el grupo venezolano ecofeminista de investigación “LaDanta, LasCanta”, también existe la teología ecofeminista del sur, representada por diversas activistas de diversos países que formaron el colectivo Conspirando a principios de los años noventa. Y por último el caso de la pensadora brasileña Ivonne Gebara. De esta revisión temporal que desmenuza Macías, (2019) y de Svampa, (2015) recapitulo las características de la teoría ecofeminista: posicionan temas como: el despojo, las tierras, los cuerpos, los territorios y las representaciones del ser y el devenir mujer en un contexto indígena con el cuidado del planeta como un hogar común. Además de reconocer que las mujeres como género han sido capaces de organizar la vida comunitaria, el cuidado de la especie y del territorio así como de la sostenibilidad de la vida. Al tiempo que se da la construcción de una nueva cultura capaz de visibilizar la interdependencia entre mujeres, hombres y el territorio.

En ese sentido, más allá de los esencialismos indigenistas, la lucha de las mujeres indígenas en Guerrero contra las políticas neoliberales de despojo que el proyecto que modernidad capitalista impone para seguir depredando de

manera amoral todas las reservas naturales a escala mundial. De ahí entonces que la teoría eco-feminista, denuncie la crisis ecológica que impacta no sólo el despojo, sino la crisis civilizatoria que se refleja en la relación de dominio no sólo del ser humano sobre la naturaleza, sino del género masculino sobre el femenino, reproduciendo la lógica de dominación capitalista... comparando...

“el paralelismo entre la explotación de la mujer y la de la naturaleza, a través del trabajo reproductivo In visibilizado y no reconocido. Con esto se hace referencia a aquellas tareas asociadas a la reproducción humana, la crianza, la resolución de las necesidades básicas, la promoción [y cuidado] de la salud, el apoyo emocional, la facilitación de la participación social, etc. (Svampa, 2015: 3)

Si bien el ecofeminismo nos aporta algunas claves para aproximarnos a la comprensión de estos procesos organizativos también es importante mostrar los impactos de las **violencias** a las que se enfrentan las parteras indígenas en el entramado regional comunitario en su cotidianidad.

3.4 Mapa de violencias en el cuerpo de las mujeres indígenas

En un contexto idóneo, la partería y los modelos alternativos de atención a la salud, no deberían estar en eterna confrontación, sin embargo entre los hallazgos de este trabajo, visibilizo los obstáculos sistémicos a los que se enfrentan las mujeres indígenas en la lucha por la defensa del cuerpo-territorio y por qué está batalla por dar a luz en contextos indígenas se convierte en una misión casi épica, dado que las instituciones patriarcales sesgan el acceso de las mujeres indígenas a una vida sin violencias; los sistemas de justicia comunitarios y del Estado, las universidades con su colonialismo médico, los hospitales discriminadores de las parteras, los programas de “desarrollo” que criminalizan a la partería, las farmacéuticas que despojan de saberes ancestrales y de plantas medicinales, las mineras que despojan de territorio, animales y plantas sagradas, los gobiernos que excluyen traductores en los modelos de atención a la salud, la clínica que reproduce la violencia obstétrica; son grandes enemigos de la partería tradicional

indígena, que durante siglos han impedido que las mujeres indígenas atiendan su cuerpo y su salud de acuerdo a su propia cultura, tradición y saber ancestral expresándose:

La violencia colonial y racial: para Rivera-Cusicanqui, (2010); Cumes,(2014) Lugones(2014), Curiel (2014 la violencia aniquila la vida, pero la violencia racial existe pese a los discursos interculturales: Fanon (1961); Vega (2017); Berrio y Gamlin (2020), García Gualda (2014) y Gargallo (2014) denuncian cómo la colonialidad del poder de los Estados nación con su enfoque eurocéntrico, ejercen diversas formas de discriminación raciales hacia las indígenas, pero que esta discriminación se exagera por razones de género, y al tratarse de mujeres que viven en condiciones de extrema pobreza y marginalidad, la situación se agrava.

Violencia patriarcal y sistémica: Como lo señalan las autoras Federici (2014; 2015), Shiva (1995) y Aresti (2005) en sus estudios, las familias, los gobiernos, las empresas, corporaciones y academias poseen una mirada androcéntrica que sólo legitima saberes producidos por varones y limita el acceso de las mujeres a espacios públicos, reduciendo su acción a roles subordinados o en los que no se toman decisiones importantes.

Violencia epistemológica. Las investigaciones de Santos (2009); Macleod (2015) Mendoza (2014), Gargallo (2014) y Cabnal (2010), denuncian aquella ideología que sólo legitima los conocimientos difundidos y validados en instituciones académicas formadas en el paradigma científico moderno occidental en el cual la ciencia en su papel político y sociológico, Olivé (2004) tiene un enorme poder que jerarquiza este único enfoque metodológico, sesgando e inferiorizando cualquier otra expresión de saberes. En ese orden de ideas, como lo denuncia Boaventura Souza (2009), se marginan los saberes ancestrales de los pueblos originarios llevándolos a la periferia epistemológica a los que la tradición médica-hegemónica occidental (Menéndez, 1986) desde la

teoría crítica de-colonial, se identifican como conocimientos ausentes al reconocer el elemento político de la ciencia que jerarquiza el saber científico-académico occidental, mientras que desprecia, discrimina, minimiza y despoja los saberes indígenas.

Violencia simbólica y política: Como muestran: Valencia (2016) ; Segato (2013,) el patriarcado ejerce muchas de violencia hacia las mujeres; subordina, niega, criminaliza y hasta es capaz de matar diversos intentos femeninos por encontrar la igualdad entre géneros; pese al discurso democrático e incluyente de la modernidad, en la práctica el androcentrismo sigue gobernando muchos espacios públicos y el espacio de las mujeres a éstos es muy limitado. Los feminicidios, violaciones, impunidad y negación de lo femenino siguen siendo una práctica que se normaliza recurrentemente a través de los medios de información y de las instancias de impartición de justicia.

Violencia económica: Rubio (2010), De la Paz y Salles (2000) y Rodríguez y Quintana (2002) han revisado algunos mecanismos de exclusión, despojo y enajenación del trabajo doméstico, que limitan el acceso de mujeres a bienes, a la tierra y a la autonomía en el proceso de producción. La explotación del trabajo doméstico normalizada es otro elemento importante que también denuncia Federici (2014) como otra forma de violencia.

Violencia simbólica, comunitaria y familiar: Segato (2013); Puleo (2005); Schmuckler (1998) y Lamas (2015) abordan el tema de la violencia simbólica como método de control político, ideológico de subordinación que están muy presentes y normalizadas. En México, por ejemplo, se ejerce por los militares en el Sureste mexicano. En este tipo de violencia, el terrorismo, los golpes, la tortura, el rapto, el asesinato, y el escarnio público son formas que se analizan como formas de guerra simbólica que el patriarcado realiza en las mujeres y en sus espacios como formas socialmente permitidas y que no reciben castigo alguno. Del mismo modo, la venta de mujeres, el despojo de la tierra, el dominio sobre

los hijos e hijas por parte del marido e incluso las suegras como prácticas legitimadas, son muestras de la violencia comunitaria. Del mismo modo, se exagera con aquella que realiza el crimen organizado al incorporar mujeres y hombres al narcotráfico, mismo que rompe el tejido comunitario y provoca desconfianza, asesinatos, violaciones, despojo, normalización de los asesinatos y desapariciones forzadas como forma de venganza comunitaria⁴².

Violencia médica, espiritual, ecológica e institucional. Menéndez (1998) Campos,(2015) Vega (2017) y Meléndez (2008) revisan desde la antropología médica la subordinación de saberes prácticos y saberes ancestrales al Modelo Médico Hegemónico por ser considerados como supersticiones y ser despojados de su poder sanador para ser mercantilizados. La medicalización es otro elemento del capitalismo para beneficiarse de las necesidades vitales de una comunidad. En ese orden de ideas del colonialismo de la institución clínica hegemónica como espacio asimétrico de poder, patriarcal ejercen prácticas paternalistas denunciadas por Ehrenreich y Deirde, (1981), que subordinan a las mujeres a roles secundarios como cuando las parteras sólo son aceptadas como asistentes en el área de toco-cirugía y se les impide entrar al quirófano, así mismo al satanizar la partería tradicional como una forma excluyente de curarse entre mujeres.

El discurso médico hegemónico incide y gobierna las formas en las que las comunidades se curan; olvidándose de la determinación social del proceso salud-enfermedad, sin importar que las personas padezcan extrema pobreza se promueve el consumo de medicamentos inaccesibles para la mayoría de la población. Además de criminalizar la herbolaria, el despojo de saberes en

42 Esto se revisó también en diversos espacios internacionales como el Foro Internacional de Mujeres Indígenas (FIMI, 2006) en el cual se denuncia constantemente “la violencia en nombre de la tradición” como aquella que ejerce el Estado hacia las mujeres a través de permitir grupos paramilitares en conflictos armados y que a su vez toman el cuerpo de las mujeres como botín de guerra, como lo revisa Segato ejerciendo la violación sexual como forma simbólica de castigo a poblaciones rebeldes

sanación con plantas, la ritualidad, la cosmovisión e incluso de los territorios sagrados usados para la sanación (ríos, cuevas, montes, animales, plantas) Además introduce los conceptos de la violencia ecológica y violencia espiritual definidas así:

[la] “violencia ecológica, da cuenta de las formas en que la salud, las formas de vida, el estatus social y la supervivencia cultural de las mujeres indígenas están siendo amenazadas por las políticas y prácticas que afectan negativamente a la tierra, su estabilidad climática y sus diferentes ecosistemas. Además la categoría de violencia espiritual intenta elaborar la relación entre violencia contra las mujeres y el ataque sistemático contra las prácticas espirituales indígenas” (FIMI 2006:20). Además, las parteras tradicionales⁴³ denuncian la obligatoriedad hospitalaria que excluye sus servicios como una violación al derecho cultural de respeto a la forma de parir.

Violencia obstétrica: es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Sánchez (2016) Zamorano (2007) y Sesia (2020) reflexionan también sobre estas expresiones y como se extiende a la violencia emocional y física que se da en las instituciones de salud en el momento del alumbramiento, discriminando o realizando prácticas invasivas como la episiotomía, rasurado obligado, uso de oxitocina, enemas, excesivo monitoreo o uso de fórceps innecesarios para acelerar el nacimiento, violentando los tiempos naturales del cuerpo femenino en el trabajo de parto. Sin embargo, con el tema de la partería indígena tradicional, las diversas violencias obstétricas denunciadas por

43 En 2018 se realizó la Jornada “La partería tradicional: saberes y prácticas en riesgo”, efectuada del 5 de mayo al 5 de agosto de 2018 en el Museo Nacional de las Culturas del Mundo de la Ciudad de México, en esta actividad, de los trabajos de esta jornada surgen propuestas de acción en las que las diversas organizaciones de parteras reconocen la necesidad de entender los saberes ancestrales de la partería tradicional como un derecho cultural.

organizaciones de mujeres⁴⁴, se identifica además un elemento de exclusión patriarcal racista que impide y criminaliza el acompañamiento de mujeres que ayudan a otras mujeres a dar vida⁴⁵.

Ante todas estas tensiones, la partería tradicional se convierte así en un puente en construcción que es capaz de unir la tradición indígena con la atención moderna intercultural, pese a la ambigüedad jurídica; la cual “por un lado, reconoce a las parteras tradicionales en las normas oficiales, y por el otro, las instituciones públicas de salud limitan su práctica” Como lo reflexiona Freyermuth, (2018) a nivel jurídico se reconoce a la partería tradicional como patrimonio cultural del país (CNDH, 2017); mientras que la Secretaría de Salud (SSA) en su artículo 114 sanciona la práctica de la partería “no autorizada”, es decir, a la práctica de las parteras empíricas indígenas.

3.5 Resiliencia y logros de las parteras tradicionales

Con estos elementos puedo acercarme a caracterizar la lucha de las parteras indígenas tradicionales, quienes desde su subjetividad como indígenas ñu-saavi, meepha, ñomndá y nahuas, han emprendido una lucha relevante el por reconocimiento al Derecho a la Salud, contra el extractivismo y contra las violencias estructurales en un sistema colonial y patriarcal que las oprime desde muchas aristas. Sin embargo han levantado espacios muy importantes de resistencia antisistémica en los espacios conocidos como CAMIS (Casas de la

44 Kinal Antsetik, Fundar, Manos Unidas de Mujeres, Coalición por la Salud de las Mujeres, ONU-Mujeres, y diversas Organizaciones de la Sociedad Civil han denunciado la Violencia Obstétrica a la que someten a las mujeres en general, pero en particular a las indígenas quienes son víctimas de racialización y exclusión en procesos de salud.

45 En diversas entrevistas realizadas a estudiantes de partería profesional en la ciudad de Tlapa, las estudiantes comentan cómo les impiden entrar al área de Toco-cirugía, y menos aún al quirófano, ellas detallan como han tenido que lidiar y negociar con el personal de salud quienes lejos de facilitar su labor, la satanizan y hasta la persiguen. Por ejemplo, a las mujeres indígenas que se atienden con parteras les niegan el apoyo económico del programa PROSPERA o bien, cuando el bebé nace con partera les niegan los certificados de salud (Berrio, Sesia, Tiburcio)

Mujer Indígena y Afrodescendiente), identificando algunas prácticas feministas como: la crítica al sexismo en la tradición indígena, el no identificarse como víctimas pese al racismo institucional sino como actoras en la medida en que promueven acciones transformadoras al modelo económico, colocan en la agenda común temas de salud, ciudadanía, identidad y autonomía y son parte orgánica de sus comunidades.

Además de esas prácticas comunitarias que se enfocan a impactar lo local y lo regional, destaco también la gran labor de posicionar el valor de la partería tradicional indígena a nivel internacional, en foros de debate, acompañamiento, difusión y defensoría a nivel internacional⁴⁶. Esta visibilización de su tarea va de la mano con la denuncia de la necropolítica que atenta con el derecho a la salud al seguir permitiendo la muerte materna a través de las políticas sanitarias. Del mismo modo esta denuncia les ha permitido gestionar redes de apoyo interinstitucional con los Hospitales y Centros de Salud regionales, para la atención sin “tantos obstáculos culturales” a mujeres indígenas.

En el sentido de los obstáculos gubernamentales, quiero destacar que pese al boicot institucional⁴⁷ de programas que operaban desde el sexenio pasado como PROSPERA (el cual condicionaba el apoyo a mujeres embarazadas a que se no se atendieran con partera) y pese a eso, en 2019, según datos del INPI, reporta que el informe global de todas las CAMIS, a nivel federal atendieron a un total de 24,000 personas, en diversos estados del país, además de experimentar un fuerte recorte presupuestal por efectos de la pandemia de COVID-19 que ha

46 Como en el caso de la invitación al VII Encuentro intercontinental de Mujeres Indígenas en cuyas mesas se discutió el tema de la partería tradicional como derecho cultural con mujeres indígenas donde se compartieron temas como los lugares sagrados animales y plantas para sanar, el derecho cultural de la partería y el parto vertical en las comunidades indígenas de Chile, Bolivia, Perú, Argentina, Ecuador, Paraguay, Cuba, Venezuela y de diversos pueblos indígenas del mundo.

47 En diversos trabajos de Tiburcio, Berrio, Sierra y Benítez, se ha documentado cómo los programas de gobierno condicionan apoyo económico a cambio de dejar de atenderse con parteras tradicionales indígenas.

afectado duramente el funcionamiento de las CAMIS, y que pese a ese recorte las parteras no dejan de atender a mujeres indígenas con alto riesgo de muerte materna.

En el marco del desarrollo rural regional, los debates y los discursos sobre bienestar, progreso, ruralidad, comunalidad, modos de vida y bienestar comunitario, la tarea de las parteras tradicionales en las comunidades del estado de Guerrero es muy relevante al fomentar procesos organizativos sin precedentes⁴⁸ en su territorio por defensa de la Salud Sexual y Reproductiva y reapropiarse del cuerpo-territorio al descolonizar la forma de parir.

Avanzan en el fomento de prácticas interculturales de atención a la salud tales como:

- Hacen guardias en el espacio dotándolo de presencia y acompañamiento para las mujeres que acuden como usuarias y como acompañantes.
- Hacen alianzas con instancias gubernamentales (Progres, Oportunidades y posteriormente Prospera), han empezado a asistir con el personal de salud, sin embargo, estas alianzas también las convierten en herramientas de gestión y de ciudadanía que las posicionan como agentes sociales de cambio.
- Se enfocan en promover la alimentación tradicional y las prescripciones curativas se orientan al incremento en el consumo de frijol, quelites, yerba mora, entre otros alimentos locales, (aunque a mayor medicalización del embarazo ahora se ha sustituido por el consumo de hierro y ácido fólico

⁴⁸ Cfr. La Coordinadora de Mujeres Guerrerenses, y la historia de la CONAMI, como antecedentes de acciones colectivas a nivel regional; que si bien han tenido impacto en torno a demandas agrarias o de Derechos campesinos, poco habían impactado en la salud de las mujeres indígenas.

repartido por las promotoras de las secretarías de gobierno, el sexenio pasado del programa PROSPERA)

- Identifican pautas culturales de atención que son acordes con los modos de vida comunitarios. Berrío (2013) y Lozano (2019) por ejemplo, han observado que durante la gestación en las comunidades⁴⁹ no se detiene el ritmo de actividad doméstica, crianza y trabajo agrícola o de producción de artesanías.
- Desde la salud intercultural se integra a los hombres, ya sean esposos, abuelos, hijos, y varones en el ethos del cuidado y de “lo común”, la reciprocidad y el cuidado de especie. Del mismo modo, se fomenta la cultura del buen trato en talleres, fomentando también un diálogo entre generaciones jóvenes que tienen menor arraigo a la comunidad y que al sentir apego al territorio se crean opciones de defensa de territorio antes de de emigrar y por lo tanto se abona a la construcción del tejido comunitario. Otro elemento innovador que trae el trabajo de las parteras y promotoras de salud es el de la reflexión de la violencia patrimonial y de propiedad. Es muy común que cuando los varones emigran a Estados Unidos y las mujeres trabajan la tierra, construyen y cuidan la casa cuando el marido o la familia del marido pretenden despojarlas o quitarlas a los hijos las instituciones de justicia indígenas tienden a favorecer al varón⁵⁰

49 En talleres realizados en la región algunas mujeres usuarias de servicios de salud consideraban raro o fuera de lugar que las: “las doctoras las mandaran a descansar y no hacer nada en el embarazo” puesto que se considera un oprobio que las suegras las perciban como flojas, por no hacer trabajo doméstico en el embarazo y por lo tanto perdían credibilidad de las usuarias; esto solo en el grupo etario de 20 a 30 años.

50 Durante mi investigación de maestría (2010-2015) pude acompañar a la Coordinadora de la CRAC-PC de San Luis Acatlán, Asunción Ponce, mujer indígena mixteca, quien tenía que estar lidiando en muchos casos con este tipo de violencia y tratar de abogar por la justicia para las mujeres, pero la mayoría de las veces terminaba enojada, saboteada y derrotada por la mayoría de consejeros varones y su mirada de despojo patriarcal. Del mismo modo en los trabajos de Arteaga (2012) se refleja esta condición de subordinación a las mujeres en el tema de propiedad de la tierra.

y pese a la tradición y el arraigo las generaciones de varones jóvenes que asisten a talleres o pláticas que imparten en las CAMIS, se empiezan a cuestionar estas prácticas, lo cual empieza a ser esperanzador.

- Las parteras tradicionales indígenas y parteras matronas resignifican también la atención prenatal al educar a mujeres jóvenes tanto aprendices como usuarias como lo señalan los trabajos de Paredes et al. (2018) al recomendar el ir a control prenatal (aumentó siete veces el impacto al ser dirigido por la partera). También refiere la reducción de prácticas de violencia obstétrica como el desgarre del perineo que es mucho menos frecuente en partos asistidos por parteras tradicionales experimentadas en un 12.5 por ciento; así como la reducción de infección de heridas por parto. Por último, destaco la cercanía cultural de la partera con las mujeres atendidas. Los efectos positivos en la atención al parto al compartir la lengua, cosmovisión y valores, pueden aportar cuidados pre y postnatales más afines, respetuosos y emocionalmente cercanos con la comunidad.

4. ¿CÓMO SE CONSTRUYE LA INTERCULTURALIDAD DESCOLONIZADA DESDE LA PARTERÍA TRADICIONAL INDÍGENA

-“La parturienta era primigesta, tenía el cordón [umbilical] enredado y el bebé ya casi no presentaba latido, parecía una muerte inevitable; mientras que familiares y vecinos buscaba al señor que arreglaba la “urban” para llevarla al Hospital de Tlapa..! (pero haríamos cuatro horas de camino y no resistirían) yo sudaba de miedo por todo lo que implicaba [porque daba por hecho] que sin instrumental para hacer la cesárea, esa mujer se nos iba a morir al intentar rescatar al producto que de por sí ya estaba morado... ¡de pronto llegó ella: ¡la partera indígena!, aquélla misteriosa señora de la cual yo desconfiaba ampliamente y ella de mí...
Nos miramos con recelo y ella se puso a desinfectar una espina de maguey, se lavó las manos, intervino en el proceso de parto con sus técnicas, le habló en su idioma, le untó un cataplasma en el vientre y de ratito escuché el llanto del bebé ; así la parturienta alumbró pudiendo arrojar la placenta completa!...me sorprendió mucho que la partera sí supiera, incluso en ciertas circunstancias más que yo, y desde entonces aprendí a respetar un poco su trabajo y conocimiento obstétrico, porque en la Universidad jamás nos prepararon para situaciones de este tipo...

Dr. Javier N., (pasante de medicina y acompañante de Brigadas Comunitarias de Salud)

El epígrafe inicial me recuerda a una experiencia que origina la siguiente reflexión a partir de lo narrado por un pasante de medicina en la escuela de parteras en Tlapa de Comonfort, Guerrero, la narrativa me pareció original puesto que el joven venía con esa mirada fresca de los residentes recién egresados de la Universidad de Puebla... sin embargo, escuchar este testimonio tan romántico en torno al diálogo de saberes me hizo cuestionarme si todos estos intercambios

entre culturas epistémicas sería siempre así de amable y suave ¿Acaso esta posibilidad de un diálogo intercultural tendrá el mismo nivel fluidez y justicia para todos?... En mi experiencia con promotorías de salud indígenas en estados del sureste mexicano pude constatar que estas relaciones entre curadores y visiones de la ciencia no siempre serían así de afortunadas, por lo que decidí traer a debate el tema de la interculturalidad en salud en contextos rurales.

Hablar de interpelar al Estado Mexicano en políticas públicas relativas a los derechos de los pueblos indígenas en un contexto neoliberal puede parecer una desproporción; si además esta acción es ejercida por mujeres indígenas que se organizan en torno a exigir sus derechos reproductivos esto se puede interpretar como una afrenta al Estado, de tal modo que no sólo se convierten en una seria incomodidad política, sino que esto las coloca en una situación de riesgo que merece ser denunciada...esto es lo que sucede actualmente con los espacios llamados Casas de la Mujer Indígena en el estado de Guerrero.

¿Será que estas mujeres realizando acciones colectivas en salud exponiéndose al oprobio comunitario tienen una avidez deportiva de figurar en noticieros nacionales sin importar el riesgo? o ¿Será que la Muerte Materna en sus comunidades es tan desesperada que las obliga a realizar proezas tan novedosas que se vuelven dignas de ser documentadas por científicos sociales? ¿Por qué se vuelve importante visibilizar el impacto social de su trabajo comunitario en un contexto tan adverso para lo femenino?

4.1 ¿Qué tramas existen en este caleidoscópico territorio guerrerense?

Para dilucidar esta pregunta de investigación pretendo abordar la experiencia de las Casas de la Mujer indígena en el estado de Guerrero, mostrando el contexto regional a partir del principal problema epidemiológico que es la Muerte Materna, para entonces compartir reflexiones y quehaceres en torno a la acción organizativa de las parteras de tradición indígena y de la manera en que resisten la racialización de la salud ante el embate de políticas sanitarias de despojo.

4.2 Numeralias y necro-estadísticas en el contexto guerrerense

El estado de Guerrero padece un rezago crónico estructural desde su fundación, mismo que impacta gravemente las condiciones socio-económicas actuales de la población; este rezago ya ha sido abordado desde diferentes corrientes históricas con el fin de explicar las tensiones emancipatorias vigentes desde tiempos prehispánicos hasta la actualidad, las cuales siguen determinando la relación actual de ciertas regiones del estado guerrerense con los gobiernos nacionales, puesto que estas tensiones han determinado los conflictos populares que a la fecha le dan una reputación conflictiva al estado de Guerrero (Sarmiento et al., 2009; Flores, 2005, 2007; Victoria, 2009; Hernández, 2009, 2011; Illades, 2014; Rangel, 2006; Canabal, 2009; Bartra, 2003; Nicasio, 2011).

Este estado ha sido cuna de dos movimientos guerrilleros en la década de los setentas, no en balde, el escritor Armando Bartra (2003) lo denominó “Guerrero Bronco” en la obra que documenta la historia del movimiento indígena y campesino en este territorio; de ahí entonces que este trabajo se contextualiza en el territorio que abarca desde el Alto Balsas hasta la Costa Chica, mismo que ha vivido una cadena histórica de enfrentamientos en la disputa por el poder entre los diferentes grupos y actores sociales, que han luchado por la hegemonía de esta región tan rica en recursos naturales; sólo para dimensionar el entramado, mencionaré algunos tales como: caciques, guerrilleros, militares, policías, grupos de contrainsurgencia gubernamentales, narcotraficantes, así como grupos locales de autodefensa⁵¹, autoridades comunitarias indígenas y espacios comunitarios de salud.

51 Aunque también en la región Costa Grande han existido importantes movimientos guerrilleros que en la década de los setenta, imprimieron un sello particular a la región por la frescura de sus demandas de origen magisterial y campesino, así como por la crueldad de la represión a poblaciones completas muy marginadas en todos los aspectos en la región Costa-Grande, la rebelión de Atoyac y Lucio Cabañas, Cfr. Bartra, Guerrero Bronco (2003).

Guerrero es también uno de los estados del país que posee los indicadores que reflejan mayor abandono en el rubro sanitario, el perfil epidemiológico regional se caracteriza por mantener tasas elevadas de mortalidad causada por enfermedades de la pobreza (diarreas, piquetes de insectos, enfermedades respiratorias curables, desnutrición y heridas violentas) así como las denominadas del “progreso”⁵² (Breilh, 1998) -crónico-degenerativas- que desarrollan los migrantes que se exponen a químicos en estados del norte (cáncer, diabetes, VIH)⁵³ además de los sub-registros de asesinatos por violencia comunitaria y feminicidio que se mantienen fluctuantes. Sin embargo, el problema más relevante en este perfil epidemiológico regional es el de la Muerte Materna.

La magnitud de este problema es tal, que ha generado la movilización colectiva en diversas instancias, ante las cifras más elevadas de morbi-mortalidad materna a nivel nacional en los últimos veinte años y pese a las políticas focales en la última década no ha descendido del cuarto lugar a nivel nacional. Esta problemática se ha exacerbado de manera alarmante entre la población indígena por el ejercicio de prácticas racistas de instituciones gubernamentales hacia las mujeres indígenas como sector más vulnerable de la ciudadanía que conforma esta nación pluri-cultural, pese al discurso inclusivo de protección a los Derechos Humanos.

52 Desde el campo de la medicina social y la historia de la enfermedad, las enfermedades de la pobreza se erradican cuando surge la Revolución Industrial; para Virchow esta etapa de desarrollo científicos y farmacéuticos coadyuva a eliminar la etiología bacteriana de las enfermedades ambientales; de ahí entonces que a partir de esta etapa histórica “el progreso” tecnológico trae otras causas de enfermedad como las asociadas al desgaste laboral, la mala alimentación y el agotamiento; tales como el cáncer, diabetes, alcoholismo, cirrosis, enfermedades del aparato digestivo y de la piel derivadas de la exposición a químicos tóxicos.

53 Cfr. Benítez (2015) en mi investigación de maestría donde analizo el perfil epidemiológico regional basándome en informes de las Jurisdicciones Sanitarias de la Región Costa y de la región Montaña en el periodo de 2006 a 2011.

El abandono político se refleja en la ausencia de drenaje suficiente, de redes de agua potable, de electricidad y de la enorme marginalidad que enfrenta la población, factores que colocan a la población guerrerense en una grave condición de vulnerabilidad económica; pero en el caso de las mujeres indígenas esta situación es de mayor desventaja por la desigualdad de oportunidades de vida existentes y el escaso respeto hacia lo femenino por parte de un sistema patriarcal de relaciones que minusvalora a las mujeres en la unidad doméstica campesina (Rubio, 2009; Espinosa, 2003; Oliveira, 1998) dado que el papel reproductivo implica una dificultad mucho mayor por ser una región mayoritariamente rural y además muy pobre; misma condición que representa un aumento significativo al trabajo, desgaste y riesgo personal para la mujer indígena en el contexto regional en el que las determinantes sociales en el proceso de salud-enfermedad confabulan para enfermar a las comunidades. En tanto que en el papel reproductivo son las mujeres y las niñas las responsables del cuidado familiar, y las tareas como la alimentación y cuidado doméstico en el ámbito rural se vuelven más pesadas porque implican cocinar en estufas de leña y son ellas mismas quienes deben ir a buscar leña a lugares peligrosos exponiéndose a picaduras de insectos, ataque de animales y de varones que ejercen violencia sexual hacia ellas⁵⁴.

Retomando el tema de indicadores económicos en Guerrero, el INEGI, señala que existe un grave rezago en materia de vivienda y de servicios puesto que sólo el 46.6% cuenta con agua entubada, sólo el 27.9% cuenta con acceso a teléfono, el 71.9% de la población tiene vivienda propia y el 54% de la población global sólo cuenta con estudios básicos. En materia económica sólo el 64.0 % de la población está económicamente activa; es decir que en este estado el 46% de las personas vive en situación de desempleo o sub-empleo, en tanto que el 33%

54 Prácticas como el rapto, robo de mujeres, venta e intercambio son absolutamente normalizadas en la región y regularmente no tienen una sanción grave, ni siquiera en los sistemas de justicia comunitarias.

de la población es indígena. En ese sentido quiero destacar que en un contexto neoliberal el ser racializado como indígena adquiere connotaciones adversas de marginalidad. Si bien muchas mujeres no se incorporan al trabajo asalariado, ellas realizan labores domésticas, que, por supuesto, las estadísticas oficiales no reflejan de manera adecuada, y que no por ello están ociosas, dado que, como se mencionó anteriormente, las mujeres son las responsables de las labores de cuidado y además este trabajo queda fuera de los trabajos reconocidos por el sistema capitalista como productivos.

Para el 2016 la esperanza de vida al nacer era de 69.9 años en varones y de 76.5 en mujeres, mientras que la media nacional es de 72.4 en varones y en mujeres de 78.1). Y en lo que se refiere a acceso a la salud, sólo el 84.6% de la población está afiliado a algún servicio de salud (INEGI, 2016). Este comportamiento se observa sólo en el contexto urbano, en el ambiente rural este déficit sanitario es más complejo e incierto por la incapacidad de sistematizar sub-registros epidemiológicos.

La conformación étnica de esta región habitada mayormente por cuatro grupos indígenas (tlapaneco o meepha, mixteco o ñu-saavi, amuzgo o ñomndáa y náhuatl) -así como diversos sectores afrodescendientes y mestizos- ha generado una diversidad cultural rica en prácticas e intercambios sociales complejos que actualmente se convierten en un referente analítico importante para diversas Ciencias Sociales en el tema de la interculturalidad y la autonomía indígenas para abordar las tramas relacionales y la incidencia de los pueblos indígenas como actores en el desarrollo regional; así como por la vigencia de las tensiones emancipatorias entre el Estado Mexicano y las instituciones comunitarias que reivindican su autonomía y reconocimiento a sus usos y costumbres.

En el caso de Guerrero ante esta necesidad insatisfecha de derechos indígenas, se han integrado diversas expresiones autonómicas, no sólo en el ámbito de la justicia comunitaria - como la Coordinadora Regional de Autoridades

Comunitarias-Policía Comunitaria con sus diversas casas de justicia-; sino que también en el ámbito educativo (la UNISUR (Universidad de los Pueblos del Sur) y las preparatorias populares de la región) en el ámbito religioso a través de las mayordomías y los sistemas de cargos religiosos y en el ámbito sanitario existen las experiencias de salud autogestiva que se llevan a cabo en las Casas de la Mujer Indígena de Ometepec, Acatepec, Chilapa, Zitlaltepec y San Luis Acatlán, las cuales buscan paliar las políticas de abandono sanitario que han afectado históricamente a la población indígena de este estado en los ámbitos de Salud Sexual y Reproductiva.

4.2 Sistemas de salud en Guerrero y perfil epidemiológico regional

Otro eje de análisis importante para dar cuenta de los factores desfavorables con los que cuentan las parteras tradicionales en la región es el Sistema de Salud regional, con su desabasto crónico y su personal con trato ampliamente discriminatorio.

En los trabajos de Leal (2013), Meléndez (2008), Amaro (2010), Espinosa (2013) y de Espinosa y Luna (2013)⁵⁵ Benítez (2015) y Lozano (2017) se denuncia el desabasto crónico del sistema hospitalario, las maquilladas cifras de gasto público en salud a través de afiliación masiva al Seguro Popular, esta afiliación no necesariamente implica que la población tenga acceso, puesto que como lo describe Leal, mucha de esta inversión se destina a gastos administrativos. Según el INEGI, para el 2016 del total de la población sólo el 84.6 % está afiliada a algún servicio de salud; de ahí el 77.3% cuenta con Seguro Popular, y sólo el

⁵⁵ Incluso en los trabajos de Espinosa se desglosa la cantidad de ginecólogos, anestesiólogos, camas censables vs gasto público en salud en las Jurisdicciones Sanitarias de Costa y Montaña; pero que a la fecha se vuelven muy vagos por la imposibilidad de obtener datos fidedignos de la Secretaría de Salud ante la posible denuncia de situaciones graves de omisión en materia de salud materna.

13. 7% está afiliada al IMSS, EL 8.4% al ISSSTE y menos el 3% de la población total cuenta con acceso a otro servicio de salud.

Respecto a los recursos con los que cuenta la Jurisdicción Sanitaria de la Costa Chica y Montaña, de Costa Chica, existen sólo dos hospitales generales en la región (Ometepec y Tlapa) cuenta con 4 Hospitales Básicos comunitarios, 9 Unidades Médicas itinerantes y 128 Centros de Salud comunitarios. En cuanto a la Jurisdicción Sanitaria Montaña (04) cuenta con un Hospital de especialidades, un hospital general, seis hospitales básicos comunitarios, 14 unidades médicas itinerantes y 164 Centros de Salud dependientes de la Secretaría de Salud Federal; sin embargo diversos medios de información y Organizaciones de la Sociedad Civil han documentado que al menos el 65% de estos nosocomios padecen desabasto crónico desde su origen, con ausencia de personal o de material de curación ni tienen medicamentos⁵⁶ y muchos de ellos sólo fueron inaugurados⁵⁷ para cubrir la nota periodística y en ese momento se llevaron los insumos médicos para inaugurar otros centros de salud como lo denunciaron algunas organizaciones⁵⁸.

Respecto a las principales causas de muerte en la Jurisdicciones Sanitarias Montaña son: en primer lugar infecciones respiratorias, en segundo infecciones intestinales, en tercero enfermedades isquémicas del corazón, en cuarto lugar

56 Algunas usuarias de las CAMIs, a través de Raíz Zubia denunciaron que ante la falta de vendas, gasas y material de curación, las enfermeras del Hospital de Ometepec les solicitaban ropa limpia de algodón para elaborar éstas con ropa vieja.

57 Como lo ha documentado Camacho (2013) Fundar, y Tlachinollan, así como las promotoras de las propias CAMIs que son usuarias recurrentes de estos servicios y ante ello, deben ingeniárselas para evitar la muerte materna ante el desabasto sanitario.

58 El caso de Mini-Numa, comunidad de Metlatónoc, en dónde diversos gobiernos inauguraban centros de Salud cercanos y sólo llevaron alguna vez camas de exploración, gabinetes y bancas, pero narran los pobladores que ni siquiera había terminado la inauguración y el personal de salud los retiró para inaugurar otro Centro de Salud en otro municipio. Sin embargo esta experiencia sirvió para que esta comunidad desarrollara la exigibilidad en salud y tuviera su propio centro de salud.

agresiones y en quinto desnutrición protéico-calórica. Si analizamos el origen de estas muertes⁵⁹, encontramos manifiesta la ausencia de voluntad política para resolverlas, como lo describe el indicador de **evitabilidad en exceso** ante la pasividad extrema gubernamental para resolver cuestiones que se pueden concretar con un poco de inversión pública pero principalmente con interés político.

La paradójica riqueza natural, contrasta con la ausencia de carreteras que permitan redes de mercado justo para productos que se dan en la región; aunada a la falta de empleo remunerado, la población opta por sumarse al flujo migratorio inminente ante la falta de opciones de vida digna en su región.

De ahí entonces que los gobiernos hayan implementado medidas paliativas ante tanta pobreza, tales como el programa Oportunidades (y posteriormente Prospera) siendo una forma de combate a la pobreza, pero que en el panorama de políticas públicas no está exento de las viejas prácticas de políticas clientelares condicionando el apoyo gubernamental a la población para que vote por los partidos políticos⁶⁰ que históricamente han subordinado a los pueblos y han aplicado la colonialidad del poder hegemónico en las instituciones públicas, continuando con la destrucción del tejido comunitario en la medida en que se crean relaciones de condicionamiento estatal hacia los indígenas

59 La dificultad para obtener tasas de morbi-mortalidad fidedignas en la región no permitieron hacer un análisis más profundo, sin embargo, se tomaron algunos datos de informes de ambas jurisdicciones del año 2005, como un acercamiento epidemiológico más real.

60 El centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan, así como las investigaciones de Camacho (2013) dan fé del mal uso de recursos del erario público, en tanto objeto de condicionamiento político a comunidades indígenas a favor de fines electorales, o bien para recibir métodos anticonceptivos sin consenso, ni explicación previa. Por otro lado, Herrera y Suárez (2011) y Vega (2017) han documentado ampliamente el impacto negativo de este programa en la vida de las mujeres indígenas, al reproducir el rol de madre-esposa cuidadora y responsable directa de la familia dando un estímulo económico a la mujer, premiando su capacidad reproductora.

El epidemiólogo ecuatoriano Jaime Breilh, (2003) describe estas políticas sanitarias en lugares tan abandonados como Guerrero, a partir de lo que describe como **“epidemiología de los mínimos”**, definiendo estas medidas que **reducen al máximo** el gasto social en salud con el fin de que la población se acostumbre literalmente a una precariedad crónica que reduce la vida y la cotidianidad de las intervenciones en los mínimos de supervivencia; es decir interviniendo sólo en acciones básicas para que las personas no mueran de enfermedades curables.

Para entender la dimensión de las brechas entre políticas de afiliación y acceso real a la salud, es necesario mirar que la inversión en salud se destina básicamente a la contratación de administrativos y gastos de operación de los programas; y otro porcentaje mínimo a la construcción de hospitales, por lo que el gasto en contratación de personal y surtido de insumos sanitarios merma lo que en realidad llega a la población; como ya lo han revisado a profundidad Leal (2013) y Meléndez/FUNDAR (2002).

Existen numerosos casos documentados por Organizaciones de la Sociedad Civil⁶¹ en los que el Derecho a la Salud es violado de manera reiterada al negar la atención a las personas indígenas por cuestiones discriminatorias, a los niños y a las niñas por falta de documentos identitarios⁶² puesto que muchas personas en la región Montaña no tienen acceso a Registro Civil ni a actas de nacimiento, un poco por control institucional (para obligar a la gente a desconocer a las autoridades comunitarias o para que no se atiendan con parteras), otro tanto por desinterés político, pero principalmente por el gasto económico que les implica

61 Como el Centro de Derechos Humanos de la Montaña, Tlachinollan (quienes han acompañado denuncias de diversos casos de esterilización forzada en el municipio de Ayutla) o Kinal Antzetik (quienes han documentado cientos de casos de Muerte Materna por ausencia de servicios de Salud) o diversos casos de periodistas independientes como Camacho (2013) quien investigó clínicas en Cochoapa el Grande o los diversos trabajos de FUNDAR, en los que se analiza a profundidad las políticas públicas en Salud Sexual y Reproductiva con el fin de dar a conocer la diferencia entre afiliación y acceso real a la Salud.

62 Tiburcio (2009) describe este vacío identitario que viven las mujeres en la Montaña.

viajar a las cabeceras municipales para acceder al registro civil y que este gasto implica mucho tiempo de ahorro para las familias de la montaña.

4.3 Muerte materna y evitabilidad en exceso

La violabilidad del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en Guerrero era tan escandalosa que detonó procesos organizativos muy interesantes como la integración de una Coalición por la Salud de las Mujeres, que involucró a diez organizaciones de la sociedad civil especialistas en el tema, como lo documentan Berrio y Lozano (2017) para incorporar la agenda indígena con sus especificidades en una lucha colectiva contra la Muerte Materna.

En los trabajos de organizaciones de mujeres y de las Casas de la Mujer Indígena se han conocido testimonios de mujeres que son discriminadas por el personal de salud que es insensible a sus necesidades culturales de atención (abarcando desde la omisión del Derecho a tener traductores, hasta la discriminación por acudir a la clínica con vestimentas indígenas; o bien en violabilidad a formas más simbólicas de atención como el acto de alimentar a las post-parturientas con alimentos de “frío”, ignorando así la cultura alimentaria regional, la cual desde su experiencia prescribe que una mujer que acaba de parir no debe consumir alimentos “fríos” o que vengan de la tierra⁶³. aunque la ciencia nutricional no señala la validez científica de estas creencias alimentarias, desde la antropología de los alimentos se destaca la eficacia simbólica de la fe en la experiencia curativa, la cual está estrechamente vinculada con la vivencia y percepción subjetiva del padecimiento.

Del mismo modo se ejerce violencia obstétrica al ofender o maltratar verbalmente a las mujeres en el momento del parto como tal, en las diversas etapas del

⁶³ Alimentos como la sandía, calabaza, o algunas hortalizas, que desde el origen de las enfermedades de “frío” o de “calor” en la cosmogonía y forma de sanar tradicional, no se deben consumir por las mujeres puerperas.

alumbramiento⁶⁴ del mismo modo que encontramos a funcionarios y trabajadores sociales que ejercen tratos crueles, o bien médicos y enfermeras que cosifican a las indígenas al usar su cuerpo como maniquíes de práctica y auscultarlas sin su consentimiento en el momento del trabajo de parto en el área de toco-cirugía, como lo han denunciado las parteras que señalan y condenan la violencia obstétrica como un aspecto que atenta ampliamente contra los derechos reproductivos.⁶⁵

Ante estos hechos, destaco la importancia analítica del indicador evitabilidad en exceso que destacan Freyermuth (2014) y Sánchez Bringas (2014) al abordar la problemática epidemiológica de la Muerte Materna, bajo la lupa de esta categoría porque me permite evaluar la gestión sanitaria; este indicador visibiliza el hecho de que si todo lo que tenía que hacerse se hubiera hecho, dichas defunciones se hubieran evitado o retrasado; y estas condiciones abren el debate relativo a disponibilidad, accesibilidad y adaptabilidad del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, el cual tiene una consecuencia jurídica que impacta también en la construcción de políticas públicas, y las acciones plausibles de gobernanza y gestión comunitaria.

Este indicador, además de traer a la arena de debate la capacidad de incidencia de las mujeres indígenas como actrices sociales haciendo política pública, también lo han logrado en el tema de la ciencia cuando discuten el reconocimiento a sus saberes y defensa de sus tradiciones en los campos

64 Cuando las mujeres gritan por el dolor del parto, muchos médicos las callan y les preguntan ¿así gritabas cuándo estabas haciendo al niño?, ¡ahora aguántate!, criminalizando también el placer y la vida.

65 Cabe destacar que la indignación ante el tema de la violencia obstétrica ha tenido profundo eco en diversos países de América Latina y a partir de este movimiento se han generado campañas como la de: En Guerrero, la partería: va! (2017) en dónde diversas OSC han denunciado, propuesto, y descrito acciones alternativas a la salud femenina, colocando también en las agendas ciertas necesidades específicas de la población indígena.

epistémicos y políticos; así como el carácter de derecho cultural que adquiere la partería tradicional.

En ese orden de ideas, respecto a las brechas de Muerte Materna y su relación con la evitabilidad en exceso podemos desmenuzar a escala regional esta problemática y entender con precisión la gravedad de estas diferencias, puesto que si sólo revisamos las cifras nacionales, estas diferencias no parecieran tan desiguales; para ello miraremos que en el año 2016, Guerrero estaba en el cuarto lugar a nivel nacional de Muerte Materna, obteniendo así una Razón de Muerte Materna del 53.9⁶⁶, de esas muertes que fueron 39 en total; el 64.1% se atendió con un médico durante el parto, mientras que el 17.9% fue atendida por una partera; de esas 39 muertes el 87.2% contaba con Seguro Popular y el 41% vivía en localidades con menos de 2500 habitantes (Freyermuth, Luna y Muños, 2018) de lo que podemos inferir que atender su parto en un hospital no es una garantía de vida ni de salud; destacando este porcentaje del 41% de mujeres rurales para evidenciar el racismo existente en instituciones sanitarias.

Para la Organización Mundial de la Salud la Muerte materna se define como aquella que acaece mientras la mujer está embarazada o dentro de los 42 días posteriores al término de un embarazo, independientemente de la duración y localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada del embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Por su parte, la Secretaría de Salud Nacional identifica siete causas clínicas de muerte materna: trastornos hipertensivos del embarazo (pree-clampsia y eclampsia); hemorragia obstétrica, otras causas obstétricas (tumor maligno de la placenta, tumor de comportamiento incierto y desconocido de la placenta e hipopituitarismo); causas obstétricas indirectas (enfermedades infecciosas y parasitarias); aborto, infección puerperal; y parto obstruido. (SSA, 2007; Díaz,

66 Calculada con registros del SINAC (Sub-sistema de Información sobre Nacimientos)

2010; Espinosa, 2003). Sin embargo al tratar de encontrar cifras epidemiológicas reales de casos de Muerte Materna nos hemos encontrado además con la ausencia de sistematización de sub-registros, esto atenúa las cifras oficiales.

De ahí entonces, que se haya construido el indicador Razón de Muerte Materna (RMM)⁶⁷, herramienta que para Freyermuth y Luna (2016) ha servido como cuantificador más fino de esta problemática en contextos indígenas y para evaluar la escisión existente entre los registros y sub-registros de este evento en Jurisdicciones Sanitarias regionales.

Este indicador reduce la ambigüedad metodológica, que implica la normalización de la muerte materna cuando se promedia entre los estados y no parece así una problemática tan grave al diluirse matemáticamente,

Descifrar esta necro-numeralia⁶⁸ regional ha sido un galimatías al que nos hemos enfrentado las investigadoras en Salud Sexual y Reproductiva, puesto que no se trata de simples cifras epidemiológicas, sino que son cantidades que exhiben temas dolorosos que no han tenido seguimiento serio o que si se reflexiona con más agudeza, ha tenido mucho interés en ser encubierto por los políticos regionales, de ahí que las metodologías a desarrollar para confrontar las cifras oficiales en este caso los sub-registros de muerte materna oficial en contraposición con la experiencia de las parteras, ha sido muy compleja por la gran cantidad de actores, instituciones y objetivos que se han visto involucrados en la sistematización de esta información, de ahí entonces que instituciones de

67 La RMM se refiere al número de defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año, dividido entre el número de nacidos vivos (NV) en el año de estudio, por 100000.

68 Necro-numeralia es un término que me sirve para denunciar por la cantidad escandalosa de muertes y que vínculo con los trabajos de la autora Sayak Valencia, quien en su obra Capitalismo-Gore aborda este signo de muerte que viene de la mano con el capitalismo voraz y el derramamiento de sangre explícito que ha dejado como secuela el despojo más inhumano para la especie humana y que se refleja en políticas públicas que privatizan la salud y todos los Derechos Humanos adelgazando así al Estado.

la sociedad civil hayan tenido que diseñar metodologías novedosas⁶⁹ y creativas que coadyuven a cuantificar y visibilizar esta problemática.

Las Casas de la Mujer Indígena y las Organizaciones de la Sociedad Civil han intentado sistematizar estas cifras a través de sus bitácoras propias, mismos que han servido para interpelar a las instituciones de salud y de impartición de justicia a través de la gestión y la acción colectiva, integrando así importantes redes de incidencia que colocan en las agendas gubernamentales demandas de Salud Sexual y Reproductiva. Estas experiencias que no sólo se limitan a hacer la denuncia local, sino que se apropian de los saberes tradicionales, los socializan y comunican a través de redes internacionales; hacen alianzas con otras redes de mujeres visibilizando los intereses propios de su comunidad, como en el caso de las parteras, creando así redes de saberes ancestrales y fomentando la patrimonialización de saberes.

4.4 Descripción de las parteras tradicionales y sus prácticas interculturales

En un estudio de supervivencia de saberes en partería, la Fundación Mac-Arthur⁷⁰ (2015) realiza un diagnóstico identificando diversos actores que intervienen en el proceso de parto. En su tipología se enfocan en la práctica de parteras profesionales y enfermeras obstetras o parteras técnicas a aquellas mujeres que tuvieron acceso a un proceso educativo formal para poder atender el parto.

69 Por ejemplo el uso de indicadores que se han tenido que construir desde el Observatorio de Mortalidad Materna o el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos; tales como el *Riesgo de Muerte Materna*, o *la Razón de Muerte Materna*, mismos que han innovado el uso de bases de datos del gobierno trabajados con sistemas estadísticos, combinando métodos cuantitativos existentes en programas estadísticos, a la par de métodos etnográficos para sistematizar e integrar los nacimientos atendidos por parteras tradicionales.

70 La fundación Mac-Arthur elabora un informe sobre una iniciativa para fomentar la partería en México.

En contraposición con ellas, Kinal Antzetik y Nueve Lunas en la exposición gráfica “El buen nacer. La partería tradicional: Saberes y prácticas en riesgo” ⁷¹, describen a las parteras tradicionales como aquellas que no necesariamente se formaron en un proceso formal, sino empírico y destacan el elemento espiritual y cultural; es decir que son aquellas que reciben el “don” de su linaje femenino, o a partir de que sienten el llamado de sus antepasadas: algunas se forman en centros de iniciación avalados por madres parteras tradicionales o a través de la legitimación de una partera más experimentada que se vuelve su maestra.

En este mismo documento se caracteriza a las parteras tradicionales cómo:

- Se reconocen como guardianas de la vida, de la Madre Tierra y de los Cuatro elementos, respetando la ritualidad y cosmogonía indígena.
- Reciben, honran y protegen este saber heredado por generaciones.
- Acompañan y orientan a las futuras madres durante el embarazo, el nacimiento y el post-parto.
- Propician que los nuevos seres lleguen al mundo arraigados a la tierra, a la naturaleza y a un legado cultural que favorece el sentido de la comunidad y su reproducción.
- No sólo transmite saberes médicos sin que suele ser guía de los padres, orienta y recomienda en asuntos matrimoniales.
- No utilizan medicamentos alopáticos. Conocen y respetan el portal vida/muerte.

⁷¹ Jornada sobre Partería Tradicional: saberes y prácticas en riesgos. Propuestas y Recomendaciones para su preservación y promoción, realizada en Agosto de 2018 en el Museo de las Culturas del Mundo, INAH.

- Actúan con ética, impecabilidad, humildad, neutralidad, intuición, generosidad y paciencia.
- En cuanto a las formas de curar que existen en los Sistemas de Salud Indígenas, se puede conocer por las experiencias de los saberes que están basados en la cultura y cosmovisión de los pueblos, así como en la percepción social de la enfermedad; de ahí que estos involucren otros valores tanto axiológicos, como epistémicos que no están basados en el mercado, ni en el capitalismo. Y las instituciones de salud hegemónicas discriminan los saberes ancestrales, que son medidos a partir de los valores científicos de la ciencia occidental moderna.

4.5 CAMIS y partería tradicional / espacios de ritualidad y saberes

Las Casas de la Mujer Indígena, funcionan como espacios para parir atendidos por parteras desde su ritualidad, cosmovisión y respeto a los saberes tradicionales, éstas son coordinadas por organizaciones de mujeres indígenas que fomentan prácticas tradicionales pero también poseen nociones de medicina alópata aunque no necesariamente fueron capacitadas en hospitales. Todas están en zonas rurales de población indígena y se practica el parto humanizado, respeto a las formas tradicionales de parir, cuidado de la alimentación respetando este enfoque de alimentos de equilibrio corporal frío-calor y lo que Sánchez-Bringas (2014) describe como buenas prácticas de nacimiento, es decir que no producen violencia obstétrica, usando plantas medicinales, masajes, cantos, ritualidad, acompañamiento físico y espiritual.

Estos espacios se vuelven poderosos resquicios de saberes puesto que reivindican el derecho a la Salud Reproductiva respetando la tradición, pero también se convierten en espacios autonómicos porque desde su gestión implicaron en proceso organizativo de mujeres indígenas. La primera de las Casas surge en Ometepec por el trabajo y gestión de la organización “Manos Unidas de Mujeres” después de un largo proceso organizativo con sectores

académicos, de gobierno, así como de la sociedad civil con las mujeres indígenas de Ometepec, previo a los complejos procesos organizativos documentados por Espinosa, Dircio y Sánchez (2010), la tarea de gestión de estas mujeres implicó un enorme trabajo para visibilizar la omisión gubernamental, así como el hecho de sensibilizar a la comunidad y al país de que la Muerte Materna no es normal.

Cabe destacar el desgaste que ha implicado el cabildeo político y los años de reconocimiento y de denuncia que sirvieron para posteriormente integrar la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo en 2011 en el Municipio de San Luis Acatlán en la región Costa-Chica, municipio cuna de la Policía Comunitaria, por lo que contó con un bagaje organizativo muy específico que impulsó ampliamente la proyección, gestión y capacidad de incidencia con el gobierno.

Por último la Casa de la Mujer Indígena de Chilapa inaugurada en junio de 2014, llamada Zihuachikahuac que significa en náhuatl Mujer sana, fuerte y valiente en la región Centro-Montaña. Estas son las casas con las que yo profundizo más en la investigación y por la temporalidad académica he podido abordar; sin embargo también están las de Acatepec inaugurada en 2012 y la de Zitláltepec que está en proceso de integración.

A partir de estas experiencias organizativas en torno a la Salud y la Partería Tradicional es que las mujeres indígenas guerrerenses reivindican sus derechos reproductivos y la construcción de saberes entre culturas indígenas que no se subordinan entre sí, estableciendo comunicación no jerarquizada, en lengua indígena

4.6 Despojo de saberes y sistema patriarcal

La deslegitimación de saberes y el menosprecio a su intervención han acompañado el surgimiento de las parteras como agentes comunitarias; por un lado la ciencia como institución política (Olivé, 2004) a través de su papel regulador, legitimador de saberes y discursos; en el cual distingue el papel

importante que tiene la imagen pública de la ciencia; así como el peso epistémico que tiene la ciencia médica en el imaginario colectivo; y otra veta importante de análisis es el patriarcado como: “sistema de todas las opresiones, explotaciones, violencias y discriminaciones que vive la humanidad (mujeres, hombres, niños y niñas y personas intersexuales) así como la naturaleza” (Paredes, 2016: 49)

Para hablar de la ciencia moderna occidental, es importante destacar algunos elementos que se reproducen en las instituciones académicas sanitarias desde la enseñanza de la práctica médica. En ese tenor destaco las aportaciones críticas a la biomedicina que hace el antropólogo argentino Eduardo Menéndez (1986) quien describe estas prácticas jerarquizadas en la ciencia médica moderna como: Modelo Médico Hegemónico (en adelante M.M.H.) el cual se caracteriza por los siguientes elementos:

“biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, y tendencias inductivas al consumo médico”. (Menéndez, 1986: 14)

Estos rasgos prevalecen en la formación de recursos médicos, además de una velada violencia jerárquica, que el estudiantado sigue reproduciendo al enseñar a otros y otras. Del mismo modo esta mirada colonial que desprecia los conocimientos indígenas permea en la formación de recursos médicos. Para Menéndez, esta crítica se extiende a la relación de dependencia que se fomenta al confiar absolutamente en la mirada del médico/médica, lo cual genera un dominio creciente de lo asistencial, la continua secundarización de las actividades preventivas, el permanente incremento de costos dada la hegemonía curativa” y de ahí entonces el origen a satanizar la práctica autocurativa de las

mujeres a través del ejercicio de la partería⁷² y la descalificación de otros saberes; así Menéndez (1998: 3) define ...

“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha establecido como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado:”

Otra forma de relación curador-paciente se expresa en el Modelo Médico Alternativo en el que se incluyen prácticas tradicionales en este caso la partería, y Menéndez lo caracteriza como aquél que pretende tener una concepción globalizadora de los padecimientos, las acciones terapéuticas suponen casi siempre la eficacia simbólica y la sociabilidad como condicionantes de la eficacia, la tendencia al pragmatismo, a-historicidad, la asimetría en la relación curador-paciente, con la participación subordinada de los consumidores, la legitimación comunal de las actividades curativas, identificación de una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a la exclusión de los otros de su saber y prácticas curativas, así como la tendencia a la mercantilización. Si bien, pretende ser menos directivo, tiende también a basarse en jerarquizar la práctica.

Por último en estos modelos de atención a la enfermedad, está el modelo de Autoatención basado en diagnóstico y atención que llevan a cabo la propia persona enferma o las personas cercanas a ella, pertenecientes a su familia,

72 Aunque el origen de esta satanización es más viejo, como lo identifican Ehrenreich y Deirdre (1973) reflexionando a la cacería de brujas en el medioevo, en tanto afirman que lo que se castigó en ese momento histórico no era que las mujeres se curaran, fue también la sabiduría y autonomía femenina, y como más adelante lo asevera Federici (2004) en “El Calibán y la Bruja”.

donde no actúa directamente un curador profesional. En este modelo se agrupan las acciones conscientes encaminadas a la cura. Este modelo es estructural en todas las sociedades y supone el primer nivel real de atención.

En la medicina occidental se reproducen muchas características de las descritas en la atención a la carrera del enfermo. Esta búsqueda de las mujeres indígenas por atender la mortalidad materna las ha conducido a señalar e identificar malas prácticas en la atención al parto, alienación y cosificación, además de una profunda racialización a las mujeres.

La obstetricia moderna sigue protocolos médicos que son ampliamente violatorios al omitir no sólo las formas tradicionales de parir; sino la ritualidad y el respeto a las prácticas de la partería tradicional entre las mujeres indígenas. La realización obligatoria de la episiotomía, la anestesia forzada, la posición vertical entre otras prácticas son elementos que son ignorados y omitidos en la decisión de las mujeres que están dando vida. En los hospitales no se respeta la voluntad de las parturientas en el acto mismo de decidir la forma de parir y este hecho se agrava ante la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres indígenas cuando se omite, discrimina y se niega su capacidad de juicio ante el consentimiento informado⁷³, e incluso se excluye el entendimiento del proceso cuando las pacientes ni siquiera hablan español y no cuentan con un traductor.

73 El consentimiento informado se reduce a un documento donde los hospitales se deslindan jurídicamente de toda responsabilidad penal en caso de fallecimiento, en la que se obliga a la paciente a firmarlo para ser atendida, evidentemente escrita en español, con letras pequeñas, cuando en muchos casos las mujeres no saben leer y ante la inexistencia de protocolos interculturales obviamente se realiza algo que más que consentimiento es una imposición.

4.7 Racialización de la salud y colonialismo sanitario

Cuando Boaventura De Souza (2009) describe en su obra “una epistemología del sur” el fenómeno de “epistemicidio”⁷⁴ denuncia al eurocentrismo colonial en las ciencias identificando así la hegemonía ideológica del Norte Global en el pensamiento y forma de construir saberes desde el paradigma positivista. En sus trabajos identifica la arbitrariedad científica occidental que ciega la construcción de saberes y que prevalece en la teoría de la ciencia actual, dominando ideológicamente los saberes que no emergen de cultura científica occidental, sino que se criminalizan otras formas alternativas de conocimiento convirtiendo a La Ciencia, como en única instancia legitimadora de saberes y reguladora de la percepción social de la validez científica. La reproducción de este pensamiento en las aulas universitarias genera una forma de colonialismo médico difícil de combatir en el imaginario colectivo, mismo que a su vez es reforzado a través de los medios de información y de la industria farmacéutica que criminalizan prácticas ancestrales enalteciendo ideológicamente a la ciencia médica.

Del mismo modo, Olivé (2009) identifica como parte del despojo epistemológico de los conocimientos tradicionales han vivido una apropiación ilegítima en la medida en que las instituciones de la ciencia⁷⁵ primero extraen las propiedades del saber y luego lo menoscaban a través de discursos que subestiman su valor, mientras bombardea discursos de legitimidad científica a través de las Universidades, las farmacéuticas y los emporios que se adueñan del saber de determinadas plantas medicinales o prácticas como la manteada, sobada, cerrada de cadera, validando de éste modo la existencia de una sola cultura de saber -la occidental-. De forma paralela se descalifican reduciéndose a

74 “Asesinato del conocimiento” por parte de las instituciones científicas que despojan de valía a los saberes tradicionales de origen no-occidental.

75 Corporaciones académicas, Consejos de ciencias, Alianzas Universitarias, Tribunales científicos, Congresos académicos, universidades, medios educativos, instituciones educativas, políticas, médicas y hasta legislativas determinan la validez del saber desde el paradigma científico occidental.

supersticiones y ritos, desdeñando el poder sanador de las prácticas rituales, en este caso de origen indígena, para así poder medicalizar el embarazo, parto y puerperio.

Si bien, la práctica médica posee incuestionables bondades para preservar la vida, el discurso hegemónico que incluye con su enfoque colonial reproduce prácticas de despojo capitalista, criminalizando saberes originarios de cosmovisiones indígenas y que tienen su origen en filosofías más amables con la vida, como lo plantea la teoría ecofeminista desde sus voceras críticas decoloniales como Shiva (1995) Puleo (2011); y Paredes (2017) quienes denuncian que la industria médica moderna lejos de vincularse con una filosofía de cuidado ambiental y de construcción de modos de vida más amables con lo colectivo, reproduce la lógica destructiva del capital, esta vieja dicotomía naturaleza vs ciencia, hombre- mujer; mismo discurso existente en el sistema patriarcal en la que al igual que la naturaleza, la mujer debe ser dominada para integrarse a lo que en este discurso se denomina “progreso”; de ahí entonces que los sinónimos de desarrollo sean acumulación, despojo, devastación ecológica a favor de las farmacéuticas y emporios trasnacionales, la medicalización de la vida y los procesos de nacimiento.

Otro gran detractor de la partería que deviene del colonialismo médico es la **racialización de la salud**, que desde la antropología médica, Rosalynn Vega (2017) describe como “el ejercicio inadvertido de desigualdad poder y privilegio que produce conocimiento sobre grupos marginados”, destacando cómo a partir de este legado colonial se categoriza a las personas desde la otredad. Para Vega, esta racionalización es muy sutil y simbólica pero está presente en la misma constitución mexicana encubriendo el discurso racista a través de la retórica de inclusión cultural. Desde un discurso mistificador⁷⁶ del racismo se producen

⁷⁶ Este discurso del progreso y la Academia, a la que se puede acceder a través de la cultura; es decir la cultura se convierte en un instrumento de blanqueamiento ideológico colonial en

identidades que configuran relaciones de desigualdad que se inscriben en los cuerpos, específicamente en los cuerpos femeninos de las indígenas.

En un estudio de caso con parteras en Veracruz, la autora identifica elementos de esta racialización de las mujeres indígenas en la medida en que desde la práctica médica y los programas de Bienestar Social como Progresar/Oportunidades, se reproduce una velada discriminación racial misma que en el caso de las parteras refuerza la violencia comunitaria, el despojo de saberes, la bio-piratería y la partería alienada de su ritualidad (parto humanizado sin ritualidad ancestral).

Cabe destacar en los hallazgos de Vega la minusvaloración de saberes que hace la ciencia médica hacia las parteras en la medida en que los conocimientos no gozan del mismo valor ni de la misma infraestructura, no se les remunera, ni se les respalda igual en la jerarquía de las políticas públicas; del mismo modo se omiten las dinámicas desiguales de poder y la discriminación racial continuada mediante el discurso “intercultural” que no es incluyente en el ámbito académico - político y se observa mejor en la práctica clínica; misma que inferioriza el saber y la práctica de las parteras tradicionales.

En cuanto a prácticas culturales patriarcales es importante caracterizar la normalización de la violencia patriarcal hacia las mujeres y las niñas y las secuelas en la vida de lo femenino⁷⁷, en la región Costa Chica-Montaña, configurando así una identidad colectiva de vulnerabilidad puesto que las destinatarias más recurrentes son ellas y así el efecto en sus vidas es mucho más devastador por la desigualdad económica y ausencia de acceso a una vida

la medida en que el indio y el mestizo tienen acceso a la educación; “un moreno puede ser socialmente blanco con la cultura suficiente”

⁷⁷ Lore Aresti, define a lo femenino como una forma de relación con el planeta, con la cosmovisión, de relaciones de cuidado entre especies y como modo de vida, desde el ecofeminismo Aresti, hace una crítica al patriarcado capitalista como sistema de opresión hacia la vida.

libre de violencia. En la región existe una práctica común que consiste en la venta de mujeres, la mayoría de las veces por incapacidad de seguir siendo mantenidas por su familia nuclear a causa de la miseria económica en la región.

De ahí entonces, que ante la ausencia de oportunidades cientos de mujeres no sólo sean vendidas para convertirse en esposas de algún hombre con mayor capacidad económica que sus familias; sino en el contexto actual en donde impera la actividad delictiva del narcotráfico y la contra-insurgencia militar las mujeres y las jóvenes se convierten en blanco fácil de la prostitución, tortura sexual y trata de personas.⁷⁸

Existen innumerables casos que muestran la violabilidad del Derecho a la Salud perpetrado por las instituciones gubernamentales no sólo en la forma, sino en el fondo; desde lo administrativo hasta lo simbólico⁷⁹ existe un profundo irrespeto a las formas tradicionales de curar, a la percepción colectiva de los procesos salud-enfermedad-curación y a la ritualidad tradicional.

Además, es importante enfatizar de nuevo el contexto de violencia comunitaria, y sus efectos diferenciados, porque no es lo mismo realizar acciones colectivas en salud en estados donde existe cierto nivel de estructura carretera o de seguridad social, o de cobertura de la integridad en un estado que históricamente ha librado conflictos armados represivos por parte del Estado, donde el riesgo que implica ser mujer, indígena y además defender Derechos Humanos tan

78 La Organización de la Sociedad Civil Brigada Callejera-Elisa Martínez, durante su labor de promoción de la salud identificó que en la región que va de Santa Cruz del Rincón a Cuajinicuilapa, el aumentó en el ejercicio de la prostitución infantil durante los últimos diez años resulta alarmante, y que las comunidades poco a poco van normalizando este tipo de violencia hacia las jóvenes y niñas.

79 No se considera a la condición indígena en la impartición de justicia; ignoran su lengua, su cultura y su ritualidad como sujetos identitarios, y se enfocan en políticas, tratamientos, formas de curar con un enfoque occidental que considera a los pueblos indios como un accesorio de este universo neoliberal.

básicos como el Derecho a la Salud, colocan a las mujeres en una una posición de riesgo.

Y en ese sentido considero necesario, enunciar como se configura esta cartografía de violencias institucionales inscritas en la región, para entonces, valorar en su justa dimensión, el enorme esfuerzo de gestión colectiva realizado por las organizaciones de parteras; por eso señalo que esta violencia simbólica no sólo es ejercida por las instituciones de salud, de bienestar y de impartición de justicia gubernamental: existe otra función del Estado, que es más velada e indigna: la de represión gubernamental a mujeres organizadas en procesos colectivos y aunque no voy a profundizar en estos casos, me enfocaré en señalar las secuelas de esta represión como un factor paralizante y desarticulador de la acción colectiva como parte de una sanción política a comunidades organizadas, tal es el caso paradigmático de tortura sexual por parte de militares hacia mujeres indígenas, documentado por el Centro de Derechos Humanos de la Montaña, Tlachinollan, quienes han documentado este ejercicio de poder hacia comunidades organizadas como forma de represión colectiva, las indígenas tlapanecas Inés Fernández Ortega y Valentina Rosendo Cantú, torturadas sexualmente por elementos castrenses para reprimir acciones organizadas en su comunidad. Años después de lucha y de denuncias, la demanda de justicia llegó hasta la Corte Interamericana⁸⁰ y esta acción sigue impune. El acto mismo de omitir justicia ante esta barbarie es parte de la pedagogía de la crueldad, que ostenta la normalización de la violencia como forma de castigo para las mujeres indígenas que se organizan.

80 El Centro de Derechos Humanos de la Montaña, Tlachinollan en su XIII informe ha documentado ampliamente el abuso de los miembros del Ejército Mexicano hacia estas mujeres indígenas, torturándolas ante la mirada de sus hijos e hijas. Pero también con un ánimo absolutamente intimidatorio a las comunidades en resistencia, como lo ha sido históricamente Ayutla de los Libres.

Otra forma de violencia simbólica normalizada es aquella que desconoce el derecho a la tierra para las mujeres; pese al discurso democrático de acceso a la tierra por parte de los indígenas, se contradice al excluir al género femenino en la práctica y al mostrar en los hechos poca disposición de inclusión; dado que si bien los sistemas de justicia comunitaria abren filas a la inclusión de mujeres en cuerpos de auto-defensa y cargos de servicio comunitario, ellas son confinadas a las que impliquen menor reconocimiento y mayor trabajo, el poder de decisión real siempre recae en varones; lo mismo sucede en los casos de impartición de justicia referidos a violencia doméstica⁸¹ en los que se sigue privilegiando al varón, encubriendo el despojo de territorio, patrimonio y hasta de familias por no acatar las exigencias masculinas comunitarias.

El hecho de señalar estas formas de violencia hacia las mujeres y las niñas en esta región son necesarias para entender las formas de violencia inscritas en el cuerpo-territorio de las mujeres indígenas; a través de lo que Rita Segato (2003) denomina como Pedagogía de la crueldad al normalizar estas inscripciones de la violencia material y simbólica en el cuerpo femenino: la más común se da a través de la violencia sexual, considerando el cuerpo femenino como un botín de guerra, ejerciendo el mandato de la violación, como forma de castigo ejemplar que enseñar a las mujeres a temer y les impide desafiar al gobierno; si estas desafían la autoridad estatal vivirán el cobro riguroso, forzado y naturalizado de un tributo sexual justificado, mismo que perpetúa la hegemonía patriarcal desarticulando cualquier intento de rebeldía.

81 Como lo describen Arteaga (2012) y Camargo (2013) en los casos que analizan en torno a las instituciones de justicia comunitaria, cuando en la mayoría de casos prevalece el derecho masculino, quitándole derechos a las mujeres, restituyéndoles ciudadanía y poder de decisión en caso de no están casadas o ser representadas por un varón. En ciertas comunidades las mujeres no tienen derecho a la tierra, aunque sean legítimas herederas, si no están casadas. O bien si el marido emigró a otro país y ellas está solas deben vivir con la suegra y esta decidirá el futuro de los hijos y de la nuera en cuestión pudiendo despojarla incluso, si así lo decide, avalada por la justicia patriarcal.

Esta lógica de conquista y dominio que sostiene el sistema patriarcal se basa en el control de poblaciones a través de la guerra y el despojo, Aresti (2006) identifica como método de control el hostigamiento militar de las corporaciones policiacas que ejercen no sólo el dominio sobre la naturaleza, sino que extienden esta necesidad de dominio a la mujer como parte de la naturaleza, así se ejercen prácticas de exterminio en el control del cuerpo (Segato, 2014) y del territorio; incluso reproducidas por otras mujeres, que para ser aceptadas en instituciones comunitarias deben masculinizarse y reproducir conductas patriarcales hacia otras mujeres.

4.8 ¿Qué debería haber en este territorio para cuidar la vida?

Marco jurídico y Derecho a la Salud

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como: “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social y no sólo es la ausencia de enfermedad”. Siguiendo este discurso para aparentar democracia ante el mundo; el gobierno mexicano ha ratificado este derecho como un compromiso político que sigue sin ser respetado pese a las demandas ciudadanas actuales de diversos sectores de la población.

Dicho lo anterior, abordaré un poco sobre el marco jurídico que protege el Derecho a la Salud en el estado de Guerrero; el cuál está protegido por el artículo cuarto de la Constitución Mexicana, en el primero de la constitución local, en un anexo al artículo 123 dónde se aborda el tema de la protección en salud. Del mismo modo que la Ley de Salud en sus artículos 65 al 74, 105, 117, 222, y 224; todo este marco legislativo sirve para garantizar la **libertad política de atender la salud, el cuerpo** y la forma de alcanzar este estado descrito por la Organización Mundial de la salud (Coalición por la Salud de las Mujeres, 2008).

A través de diversos foros las parteras y las Organizaciones de la Sociedad Civil han denunciado frecuentemente el vacío jurídico que garantice el ejercicio de la

partería, sin embargo en los trabajos de Sánchez (2016) y en la segunda edición del Seminario sobre Partería Tradicional realizado por la CNDH, el INAH y las Organizaciones de la sociedad civil que atienden nacimientos con parteras (2018)⁸² se destacan algunos elementos importantes de defensoría y preservación: una veta vinculada a defenderla como derecho cultural y derecho a la identidad; y la segunda que articula la partería con el Derecho a la Salud Reproductiva puesto que está regulada y reconocida en el artículo 4o de la Ley General de Salud, adicionalmente en el artículo 2o Constitucional se reconoce el derecho de los pueblos indígenas a practicar su cultura, del mismo modo se cuenta con el Acuerdo 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en materia de derecho indígena. En 2001 se incorpora a la Constitución mexicana (artículo 2o) el acceso a servicios de salud hacia la población indígena y se les garantiza la ampliación de los servicios sociales básicos, así como se reconoce el derecho de a participación social de esos pueblos.

En 2011, se reconoce a las parteras tradicionales como parte de una comunidad, no vinculadas a un proceso académico, independientes del sistema público de salud.

Por otra parte revisando el estado de la cuestión se destacan los aportes de Sánchez, (2016) únicamente en los artículos que dan oportunidades a la partería; dado que existen muchas prohibiciones y pocas aportaciones: De ahí que la autora ubica los artículos 1°, 4° y 5° de la Constitución Mexicana, en Acuerdos internacionales: Conferencia de Alma-Ata (fracciones IV, VII), Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Arts. 1 y 5), Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia

82 Partería Tradicional: saberes y prácticas en riesgos. Propuestas y Recomendaciones para su preservación y promoción. Mayo 5-Agosto 5 de 2018. Museo de las Culturas del Mundo. INAH, Ciudad de México

contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) Arts. 1 y 2, Conferencia Internacional para la humanización del Parto. Ceará, Brasil.

Recomendaciones internacionales: Declaración de Fortaleza (Recomendaciones de la OMS), Consenso de Santo Domingo (Acuerdo 82), Conferencia del Cairo (Arts. 7.2, 7.6, y 8.22) Ley General de Salud (Art. 6, 10, 11.23.34 y 65), Ley de Protección a la maternidad -aquí varía por estados de la República-, Reglamento a la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica, Art. 17,96 y 102, NOM00722A2016 y Nom005ssa32010. Mismos que Sánchez (ibídem) detalla en el marco de los que son o no vinculantes.

Y es interesante que pese a tantos acuerdos ratificados, no se traduzcan acciones concretas que expresen una voluntad política incluyente, una actitud de respeto y de tolerancia hacia los saberes ancestrales y por las culturas epistémicas no-occidentales. Y el fomento al reconocimiento de otros saberes desde la Academia y las universidades.

Del mismo modo, considero muy importante incluir en el currículum médico la formación intercultural y el conocimiento sobre otras formas de sanación además de la occidental, para preparar al estudiantado médico a prácticas descolonizantes de la salud con el fin de reducir prácticas que deconstruyan estas prácticas excluyentes en la clínica.

En tanto a marco intercultural, además de como lo propone Vega (2017) de implementar una política sanitaria intercultural con enfoque de género, que evite el trato discriminatorio a las mujeres indígenas al no respetar sus prácticas. Esto se logra a través de una profunda reflexión en las academias y universidades que deconstruya estas prácticas coloniales del Modelo-Médico-hegemónico y que se replantee éticamente la otredad como mestizos entendiendo el respeto real a las formas de sanación emergidas desde la cosmogonía indígena.

Para Breilh (2009) la construcción de una epidemiología crítica se base en fomentar una relación de contra-hegemonía, que reconozca la diversidad cultural y respete las diferencias con fines emancipadores; de ahí que sea necesario fomentar la transdisciplina y el diálogo de saberes entre culturas epistémicas.

Pero para que esto se concrete, como señala Breilh, citado por Vega, es necesario que este discurso intercultural emerja de las comunidades indígenas. Esta compleja pero rica tarea es lo que ya realiza desde algunos años en las CAMIs de la región.

La descolonización de la práctica médica es otra propuesta que requiere limitar el enblanquecimiento⁸³ cosificador de la ciencia médica, que medicaliza⁸⁴ los cuerpos de las mujeres. Es menester acabar con esta racionalidad patriarcal capitalista de despojo de la autonomía y capacidad de decisión en la forma de parir que inferioriza a las indígenas.

4.9 Y pese a todo...¿Qué hacen las parteras tradicionales en ese territorio?

Ante este complejo panorama, lleno de prácticas que no son saludables para la vida, la cosmogonía y la identidad indígena, los desafíos que las instituciones sanitarias plantean a las parteras tradicionales son impresionantes por el nivel de

83 Enblanquecimiento lo describo a partir del concepto de “blanquitud” de Bolívar Echeverría que distingue del fenotipo blancura, refiriéndose al discurso que justifica la opresión racista y asimétrica que reproducen prácticas sociales que subordinan a “los negros” y los indios, o bien a las clases proletarias. Del mismo modo el enblanquecimiento como ideología es una expresión del colonialismo en la práctica médica, que es recurrente en el personal gineco-obstetra.

84 Este proceso parte de concebir una situación que se considera como anormal por parte la sociedad, para entonces a partir de colectivos sociales poderosos como la propia industria farmacéutica, ofertarán soluciones que pueden comprarse. aunque la medicina pueda dar una solución a dicha situación de anormalidad. En este caso desde la mirada biomédica, las parteras no dan respuesta adecuada a la necesidad de las parturientas, por lo que se crea una imagen de rechazo comunitario a estas respuestas; esta percepción de que la respuesta recibida es inadecuada puede verse influida por sectores que pueden verse beneficiados por este sentimiento. (Orueta, et al, 2011)

exigencia moral, epistémica, política y hasta espiritual. Las cargas que recaen en sus hombros son extenuantes, de ahí la necesidad de visibilizar la construcción de alianzas, metodologías, discursos y prácticas que necesitan ser re-valoradas y difundidas en pro de un Desarrollo Rural más congruente con las necesidades reales del mundo actual con sus discursos incluyentes. Y también el heroico papel que estas mujeres juegan en sus territorios, en la preservación de la vida, en ofrecer oportunidades de respeto a los cuerpos y las decisiones de la parturienta involucrada, de la recuperación y transmisión de conocimientos a partir de la experiencia y de los intercambios logrados a través del diálogo de saberes, etc.

Defensa del cuerpo-territorio

La partería como campo de debate problematiza la ética médica hegemónica, la colonización ideológica con tintes racistas y el modo de producción capitalista patriarcal que atenta contra el conocimiento ancestral, la vida y la cosmovisión indígena y sus sistemas tradicionales de sanación

Si bien, el hecho de que las parteras peleen por presupuesto público y espacios de representación política podría ser juzgada como una práctica conformista ante el Estado, en Guerrero esta acción adquiere matices más complejos por la violencia comunitaria ya descrita, y el nivel de riesgo que se potencia exponencialmente en este contexto, por lo que se opta por construir espacios menos conflictivos y a través de la cooperación internacional generan cierta cobertura política; aunque respecto al tema de apoyos internacionales es interesante identificar elementos capitalistas de dignificación de la pobreza y cuestionar qué parte de estos elementos pueden servir como instrumentos de desarticulación comunitaria en la medida en que se reproducen estas políticas clientelares antes descritas.

Sin embargo, la práctica ha mostrado cómo a partir de esta lucha cotidiana que no es tan confrontativa, que con su acción cotidiana impacta positivamente en la

reconstrucción del tejido comunitario porque se cuestionan prácticas y discursos que abonan al buen vivir de las mujeres al cuestionar roles tradicionales, pero también en el involucramiento masculino a cuidar de la vida.

Desde la geografía crítica, la sociología y el feminismo se plantea la teoría de **cuerpo-territorio** que consiste en hacer una analogía de los cuerpos como espacios a colonizar desde la lógica del capital; misma que se concreta en los usos que se hace de los cuerpos para la producción de espacios favorables a determinados de subordinación. Para algunos salubristas críticos, agentes de la sociedad civil, y personas constructoras de resistencias, esta teoría abre una importante veta en la capacidad de agencia, en el caso de las parteras y la re-apropiación del cuerpo femenino como espacio de conocimiento, saber y poder, se concreta también en la lucha simbólica por el territorio epistémico, autonómico y comunitario.

Los nuevos derroteros que nos plantea la partería indígena, nos invitan a reflexionar desde la des-colonización la posibilidad de de-construir estos discursos y prácticas hegemónicas de la medicina moderna, si estas prácticas siguen siendo vigentes, éticas y necesarios para la supervivencia de la especie humana, es importante cuestionarnos si en pro de los avances de la clínica y de la ginecología es válido maltratar a las parturientas, ejercer violencia obstétrica, maltratar a las puerperas, humillarlas y ejercer el poder en una etapa de vulnerabilidad tan compleja como lo son el embarazo, parto y postparto. La violencia obstétrica es una realidad cotidiana en los hospitales que es poco denunciada, y muy reproducida al interior de las instituciones sanitarias. Por eso la partería tradicional es una alternativa que merezca ser reivindicada.

Incidencia comunitaria y des-colonización

Respecto a los nuevos derroteros, me parece un aporte muy valioso de las CAMIs la construcción de espacios de diálogo, la conciliación de formas culturales y la creatividad a la que han tenido que recurrir las parteras para convencer a los

varones indígenas de la importancia de su lucha y de integrarlos (aunque sea de manera pasiva) a su lucha por el Derecho a la Salud en la medida en que reconstruyen el tejido comunitario fragmentado por la violencia, desde la subjetividad femenina.

Esta acción colectiva las ha convertido en actrices comunitarias de procesos de cambio, en pro de los derechos de las mujeres, aunque ellas no se identifican con el feminismo liberal que sólo lucha por igualdad de derechos y omite el tema de la etnicidad, descoloca del debate temas económicos estructurales. De esto se deriva que las indígenas hayan tenido que cuestionar su subjetividad, deconstruir su identidad y en ese proceso politizador hayan puesto en juego su persona y su integridad.

Para las feministas comunitarias (Paredes, Cabnal, y Tzuul) estos cuestionamientos al patriarcado comunitario implican “poner el cuerpo”, exponerse, abrirse a la crítica, a la destrucción y a la reconstrucción de su subjetividad debatiendo con modelos colonizadores y aportando elementos de su propia inter-subjetividad.

Los foros de partería dónde las mujeres exponen sus saberes, experiencias, habilidades, desafíos y competencias entre distintas culturas es un ejercicio real de interculturalidad. He presenciado diálogos interculturales entre mixtecas y tlapanecas en dónde ninguna habla español y han tenido que construir recursos lingüísticos impresionantes, en dónde ninguna compite o subordina el saber de la otra. Y cuando estos acuerdos se llevan a foros nacionales o internacionales es un logro epistémico y político en la medida en que se involucra a altos funcionarios de salud y de agencias mundiales como la Organización Mundial de la Salud, visibilizando la problemática de la Muerte Materna y la discriminación en el sistema de salud.

Del mismo modo, la incidencia familiar y comunitaria en donde se retoma la ritualidad y la cosmogonía mixteca, tlapaneca, amuzga y náhuatl es valiosa,

porque retoma los ciclos agrícolas, lunares y de fertilidad para cuidar de la vida, al tiempo que involucra a los hombres y a los niños en la construcción de comunalidad, retomando esta mirada cosmogónica de dualidad (mujer-hombre) en equilibrio.

Las Casas de la Mujer Indígena han actuado como espacios de reflexión contra la violencia hacia las mujeres, a través de talleres y cursos; pero también se ha sensibilizado a los varones a cuestionar estos patrones de masculinidad violenta o ausente de la crianza, fomentando el cuidado y acompañamiento hacia sus parejas, compartiendo las fases del embarazo y posparto.

Además de la acción política externa, es importante visibilizar la concientización sobre el combate al despojo y a la bio-piratería: el papel medicalizador de las farmacéuticas y la patentización de saberes y de plantas endémicas de la región es un acto de despojo a la medicina tradicional indígena. En ese sentido la acción de las parteras politiza convenios de Diversidad Biológica y que refuerzan la práctica de la partería, pero también la defensa territorial.

Desde la epidemiología socio-cultural y la antropología de la salud, en las CAMIs se imbrican elementos de la bio-medicina, pero que no excluyen la religiosidad ni saberes ancestrales aplicados a la sanación y en la atención a procesos de salud-enfermedad-curación que son elementos de la ritualidad colectiva y también fomentan procesos organizativos en el territorio.

En lo que se refiere a la atención de la mujer gestante, la partería tradicional al fomentar la atención personalizada incide además en la inclusión de la pareja como parte de la identidad indígena este elemento integrador disminuye el racismo existente en la obstetricia hospitalaria, porque no existen jerarquías étnicas entre partera y paciente.

La tarea de las parteras es muy importante, no sólo en el ámbito de la salud, de la ciencia, de la política y de la comunidad porque rompen con los paradigmas

médicos y con el patriarcado occidental, a la vez que construyen ciudadanía, etnicidad y re-significación del cuerpo como territorio de lucha, como lo plantean las feministas comunitarias de Bolivia;

“Las feministas comunitarias somos radicales porque desde la raíz de nuestras luchas decimos que: no hay revolución cuando nuestros cuerpos de mujeres sigan siendo colonia de los hombres, los gobiernos y los Estados [y de los hospitales]. No hay revolución cuando las decisiones sobre nuestros cuerpos, sean tomadas por los hombres, curas, jueces, maridos y padres. Las mujeres somos la mitad de cada pueblo” (Paredes, 2013:12)

Para cerrar, destaco la importancia ritual de las parteras tradicionales porque si bien desde su práctica cotidiana ellas no se asumen teóricamente como feministas comunitarias, en los hechos están resarcando el tejido comunitario, la construcción de la ciudadanía desde otras miradas más amables tanto con la comunidad, la cosmovisión y con las mujeres. Pese a que falta mucho por trabajar, las parteras tradicionales reivindican el Derecho a la Salud, el Derecho a la vida, puesto que ellas interpelan a los gobiernos para que se revisen las formas en que las instituciones las visibilizan, se reivindican los saberes tradicionales y abren el debate a una perspectiva pluralista epistémica.

Las casas de la Mujer indígena y Afrodescendiente colocan a la partería tradicional como un espacio de resistencia y liberación desde el cual las mujeres indígenas confrontan modelos e ideologías patriarcales para redefinir las relaciones de género que cuestionan la masculinidad colonial con sus prácticas sexistas, contribuyen a la mejora de sus derechos e inciden en la construcción y revaloración de saberes ancestrales incluyentes, legitimando su causa, capacidad de intervención, frescura, creatividad de gestión, justicia y posibilidad de acción ante el Estado.

5. DISCUSIÓN SOBRE SALUD INTERCULTURAL

La política etnofágica que abordé al inicio de este trabajo permea también en los enfoques “interculturales” con sus prácticas multiculturales que pretenden desdibujar las identidades indígenas reproduciendo el Modelo Médico Hegemónico y el colonialismo médico.

Las prácticas sanitarias pese a los discursos bien intencionados, siguen creando una narrativa de desconfianza, recelo, discriminación y hasta criminalización para con los pueblos indígenas y sus sistemas de salud. De ahí entonces que las propuestas de diálogo intercultural que se sugieren desde los sistemas de salud indígenas: Cuyul (2013) Berrio (2010) y Hersch (2011) que reivindican los saberes ancestrales sigan sin el recontamiento epistémico por los aparatos sanitarios, lejos de acortar la brecha discriminatoria entre comunidades indígenas y afrodescendientes, se fomentan prácticas de despojo, de medicalización exacerbada y de criminalización a los saberes ancestrales.

Uno de los temas pendientes en la agenda de salud es la ausencia de horizontalidad en la relación Estado-curadores, la horizontalidad en las formas de curar y evitar la racialización de procesos de atención a la salud.

Otro debate importante es el de la patrimonialización de los saberes como un bien colectivo. Esto puede o no concebirse como parte de este patrimonio epistémico que desde el debate de-colonial suma elementos importantes a la salud intercultural y la relación sanador-paciente. Respecto a las formas de curar y la horizontalidad en pluralismo médico hay aun debates importantes que resolver, para zanjar estas brechas relacionales, simbólicas y de poder.

El reflexionar sobre el Modelo Médico hegemónico y las prácticas acotadas en el capítulo tres del presente, son un reflejo de lo que Olivé (2004) identifica como el poder político de la ciencia, y que en términos de validar los saberes, nos trae

también un debate interesante que atraviesa la estructura hegemónica del conocimiento y de la filosofía de la Ciencia.

Esta validación de saberes que produce el Aparato Político de la Ciencia y que valida o descalifica prácticas, también se centra en los elementos medicalizados de la forma de atención a la salud. En antropología médica esta forma de atención a la salud “trayectoria de atención” imbrica muchos hechos que determinan la forma en que se encara la enfermedad. La combinación de estas estructuras da como resultado el pluralismo médico en modelos alternativos y de auto-atención a la salud (Menéndez, 1988) De estos modelos de atención a la salud que existen en las tres propuestas de Menéndez destaco la racionalidad científica como criterio de exclusión de otros modelos y aunque sea el modelo de atención alternativo y el de auto-atención, entendidos cómo prácticas menos hegemónicas, ambas tienden tendencias a la mercantilización de la salud.

Sin embargo, los elementos relevantes al poner a la partería tradicional indígena en el crisol del análisis de las prácticas interculturales de salud, es el tema de la no subordinación, la enseñanza entre pares, resignificar el aval entre madrinas de conocimiento y las formas en que la sociología de las emergencias configura los saberes desde una posición justa.

En lo que se refiere a la trayectoria de curación, que es el camino que eligen las mujeres gestantes o en puerperio para atenderse con una partera, me parece muy relevante el entramado de determinantes que llevan a una mujer a dar seguimiento a su embarazo con una partera de tradición.

En las entrevistas realizadas a usuarias de la CAMI de Ometepepec, encontramos diversidad de factores que influyen la decisión de atenderse con una partera, entre ellos la medicalización y el condicionamiento de dar apoyos sociales a las mujeres que no se atienden en hospital, sin embargo, también encontramos a usuarias jóvenes que pese a tener recursos para atenderse en un hospital eligieron a la partera tradicional, por la cuestión de empatía, acompañamiento,

confianza y buenas prácticas rituales. Entrevisté a 8 usuarias, de las cuales 2 (una usuaria de 22 años y otra de 38), compartieron que en esta trayectoria de atención decidieron pese al boicot institucional del personal de PROSPERA, ellas eligieron la atención con la partera.

La percepción subjetiva y la tensión institucional está presente entre las usuarias de servicios de partería tradicional, sin embargo también existe el elemento ritual, comunitario y de tradición que también está presente en las generaciones jóvenes, como lo revisa el estudio de Paredes (2018), este intercambio que se produce en las CAMIs y el diálogo intergeneracional está incidiendo en la forma de impactar la percepción de las mujeres sobre su cuerpo, su salud, su subjetividad y los impactos que se tienen desde el embarazo y las representaciones entre las mujeres indígenas de diversos grupos etarios.

Me parece muy interesante estas representaciones que tienen las embarazadas sobre los cuidados que puede ofrecer una partera, la resignificación de símbolos respecto al nacimiento, al parto y al puerperio, pero también la confiabilidad comunitaria que se construye y que esto también da un aval, no sólo de partera a partera, o de madrina a aprendiz, sino también de usuarias a parteras, el elemento de confianza, seguridad, comunidad que se da entre mujeres en el proceso subjetivo del embarazo. Elegir a una partera que acompañe las inscripciones que estas trayectorias marcan en el cuerpo de mujer embarazada, da también un aval comunitario a la práctica de la partería tradicional.

Además de destacar la relación intercultural (puesto que involucra a las mujeres nahuas, mixtecas, tlapanecas y amuzgas) entre las Casas de la Mujer Indígena y los procesos organizativos, comunicativos de capacitación, generan apoyo mutuo, compartición de saberes, sororidad y comunalidad que son afines con la cosmovisión indígena, con el territorio, con los modos de vida comunitarios, mismos que son espacios sumamente valiosos porque coadyuvan a la construcción de redes de apoyo femenino, debates feministas contra las

injusticias de género en los movimientos colectivos, construcción de ciudadanía étnica (Espinosa, Dircio y Sánchez, 2010) que desde el imaginario colectivo de las mujeres indígenas, afromexicanas y mestizas incide en otra forma de hacer política por y para las mujeres.

En lo que se refiere a la construcción de interculturalidad crítica como lo plantea Santos (2009), para que se dé la reinención de saberes, es importante reconocer la existencia de varias culturas epistémicas, en este caso la cultura epistémica de la parteras tradicionales nahuas, y la cultura epistémica de las parteras tradicionales amuzgas; tlapanecas y mixtecas; estas culturas ya generan saberes, intercambios valiosísimos y construyen mecanismos de comunicación entre las diversas lenguas indígenas, transmitiendo no sólo la ritualidad y las prácticas, las curaciones a través de las concepciones de frío y calor, así como de las plantas medicinales propias de una comunidad, sus propiedades medicinales y posología.

Las cosmovisiones indígenas, nutren estos lazos y redes de conocimiento local que generan comunidad, al tiempo que inciden en políticas públicas y en el reconocimiento de las parteras por parte de las instituciones de salud, dado que las practicas racializadas de atención al parto y puerperio siguen estando presentes expresándose como violencia obstétrica brutal que ejercen las instituciones de salud, así como las políticas sanitarias y los programas de atención al parto que fomentan la racialización de la salud. (Vega, 2017) puesto que el enfoque “intercultural” que se propone a través de programas como el de Oportunidades, reafirma inadvertidamente la desigualdad, en la medida en que hace un énfasis innecesario en la variable: “raza”, con todo lo que implica en el imaginario médico-hegemónico, sobre el cuerpo de las mujeres racializadas.

Como lo explicaba en el primer capítulo desde la interseccionalidad, la variable raza profundiza esas brechas de discriminación en el aparato sanitario mexicano porque además se viola sistemáticamente el Derecho a la Salud y se omite por

completo el marco legal de los Derechos Reproductivos de las Mujeres, reforzando así estos patrones selectivos de discriminación a partir de permitir todo tipo de maltrato hacia las mujeres que van desde la no-atención, hasta menosprecio, burlas, ridiculización a su cultura, amenazas, humillaciones, no hacer el esfuerzo de comunicar los procedimientos, uso didáctico del cuerpo femenino para que los pasantes aprendan, omitir el consentimiento informado, aplazamiento de atención, castigar a través del manejo deliberado del dolor, coacción, maltrato físico o psicológico, prácticas invasivas como el uso de rasurado obligatorio, uso de fórceps, o práctica innecesaria de episiotomía, ausencia de traductores para explicarles a las parturientas los procedimientos clínicos que atravesarán sus cuerpos.

Ante esta problemática es necesario retomar las buenas prácticas en la atención al parto que las parteras tradicionales reproducen en el cuidado de la vida, los procesos de auto-cuidado, las redes comunitarias de atención al embarazo, parto y pos-parto, la ritualidad y la amorosidad que implican un parto humanizado, además de reconocer el trabajo fino de cuidado a la salud y a la comunidad, no desde un lugar subordinado, sino de un lugar elegido por las mujeres, como forma de auto-cuidado feminista, que Raquel Gutiérrez (2017) retoma como “cuidados de lo común” entendiendo lo común como la vida, el territorio, la comunidad, el imaginario femenino, la ritualidad, los procesos de vida-muerte, la cosmovisión, las culturas del nacimiento, los hijos e hijas y las nuevas formas de hacer comunidad.

Además un tema pendiente de la agenda pública tanto de salud reproductiva como de las parteras tradicionales es el tema de la regulación jurídica y el posicionamiento claro del Estado mexicano para avalar la partería; puesto que da mensajes confusos al fomentar por un lado la patrimonialización de saberes, y la defensa de ésta como Derecho Cultural, y por otro emite discursos blandos de inserción y blanqueamiento de la práctica ancestral, como bien lo señala Sánchez (2018)

6. CONCLUSIONES

En relación con el problema de investigación planteado que se refiere a la discriminación de las mujeres indígenas concluyo que la discriminación que experimentan las parteras tradicionales, no solo racializa a las parteras, sino a las usuarias a partir del condicionamiento de entregas de apoyos sociales a usuarias de parteras, así que desde esta posición de racismo interseccional, el Estado desde sus diversos ejes abre el abanico de exclusión hacia modelos alternativos de atención a la salud, pero además desde paternalismo ambiguo que no regula la práctica de la partería, y da discursos ambiguos de fomento a las tradiciones, pero sin apoyo económico, jurídico, ni institucional favoreciendo así la violencia obstétrica en toda su gama de expresiones simbólicas y prácticas en la institución hospitalaria y que se extiende hasta el registro civil.

Estos discursos ambiguos son profundamente violentos con las mujeres gestantes, con los cuerpos que son sobre-medicalizados y el Estado sigue fomentando estos Modelos Médicos Hegemónicos que reproducen esta lógica que controla las formas de dar vida y los cuerpos de las mujeres indígenas. Es un Estado que favorece al sistema patriarcal en todas sus dimensiones, por lo que requiere una intervención ciudadana como lo han estado haciendo las mujeres, luchando por poner en la arena pública sus necesidades colectivas como el Derecho a la Salud.

A partir de la investigación y de los debates escuchados, detonados y atendidos sobre la partería tradicional, concluyo que:

1.- Si bien la partería tradicional como práctica de atención a la salud, no ha detonado un movimiento político de masas, si ha construido un movimiento social de resistencia colectiva y organizativa que ha impactado de forma simbólica a las comunidades y ha construido espacios valiosos que reivindican la salud femenina con un enfoque intercultural ante el embate neoliberal, patriarcal y etnofágico.

La partería ancestral está en un momento crítico de supervivencia por un lado de saberes y en la formación de aprendices, por otro lado muy rebasada por el boicot institucional del aparato médico y por la ausencia de recompensas tanto económicas como de reconocimiento, sin embargo su existencia hace un eco consciente, organizativo y de resistencia en mujeres organizadas en torno a la prevención de la Muerte Materna, quienes han detonado visibilizar la gran responsabilidad y la enorme tarea que realizan las parteras tradicionales indígenas que son blanco de esta discriminación interseccional y que pese a esto resisten trayendo vida a este mundo, al tiempo que la lucha por el Derecho a la Salud, fomentan incidencia en diferentes escalas de la comunidad a nivel regional, local y mundial, visibilizando también otras tramas que imbrican la exclusión de las mujeres indígenas luchando por resignificar la forma de parir y la atención humanizada del parto respetando sus cosmovisiones y sistemas de salud indígena.

Asimismo, reivindicando el papel ritual de la partería y del arraigo comunitario que se fomenta al involucrar a la comunidad en el evento del nacimiento, y en las prácticas y representaciones que acompañan la llegada de un neonato a la comunidad indígena con todo lo que esto implica en los sistemas culturales indígenas y la construcción de identidad, de tejido comunitario y de comunalidad.

2.- En lo que se refiere respecto a la pertinencia o no de la profesionalización de las parteras tradicionales y su inserción en el sistema de salud, los hallazgos de este trabajo denotan que pese al blanqueamiento institucional que da la sistematización de saberes y la eliminación de ritualidad y de elementos organizativos, las mujeres indígenas con todo y reconocimiento institucional en los hechos tienen un papel secundario y fungen más como traductoras o enfermeras poco cualificadas. Por lo que ellas han reconstruido sus sistemas de validación de saberes a través del reconocimiento entre “madrinas parteras” **decolonizando la práctica y abriendo espacios de autonomía en el conocimiento.** Es importante señalar de la ambigüedad jurídica como un

elemento de política sanitaria, que por un lado fomenta un discurso de inclusión intercultural, pero que en los hechos no tiene ningún efecto de sanción al ejercicio de las prácticas subordinantes y racistas hacia las parteras y sus sistemas de curación. Hegemónica y esto ha dificultado la construcción de marcos institucionales que respeten la salud intercultural.

3.- El reconocimiento formal de las parteras no incide en la reducción de la violencia obstétrica puesto que el aparato médico está permeado de sexismo, de racismo y de blanquitud (Echeverría, 2010) Estas conductas no cambiarán si no existe un sistema que penalice estas conductas en el personal de salud. El sexismo como una expresión de la opresión patriarcal tiene un currículum oculto que reproduce violencia sexista no sólo entre el personal subordinado, sino hacia las pacientes, pero que las mujeres indígenas que experimentan además el racismo, el sexismo, la pobreza y la ignorancia, y por lo tanto los abusos en cuanto a las prácticas de violencia obstétrica se recrudecen. Sin embargo, se ha demostrado que entre las usuarias de servicios de partería tradicional, se sienten más cómodas y seguras en cuanto a no experimentar violencia obstétrica pero cuando son monitoreadas y acompañadas por parteras en sus domicilios. De las 24 mujeres usuarias, sólo dos comentaron sentirse incómodas con las parteras tradicionales, dos de ellas eran usuarias jóvenes que eran obligadas por la suegra; el resto de las usuarias refirió un trato más empático por parte de las parteras tradicionales y también afirmaron que se sentían más acompañadas al ser madres primerizas, en la práctica del maternaje, del mismo modo la práctica de rituales afirmaron que les daba sentido de pertenencia a su comunidad.

4.- Los significados de la partería tradicional en la vida de las mujeres, como parte de la trayectoria de atención, sensibiliza a las mujeres en la subjetividad materna y en la forma de significar su cuerpo y las atenciones que se le brinda de acuerdo a los modos de vida comunitario. Las prácticas rituales que acompañan desde la gestación, hasta el puerperio son conocimientos ancestrales que preservan la comunidad, la siembra del ombligo y la placenta son rituales muy importantes

para muchas mujeres, porque se considera que está acción determinará el arraigo del neonato a su comunidad. Por lo que la construcción de significados, el maternaje, la reproducción de maternalidad comunitaria, el cuidado de otras a través de la atención del posparto, son elementos que la partería tradicional abonan a la subjetividad materna de cada mujer, y que se construyen de manera conjunta; si bien cada cosmovisión tiene sus especificidades en las creencias, el hecho de compartir la tradición cultural, los saberes, los ritos, las plantas sagradas, los rituales en lugares sagrados, de mujer a mujer, da un sentido y un significado a ser madre al interior de una comunidad. La reproducción de estas representaciones construyen también tejido comunitario y dan identidad a los procesos de vida, el acompañar la lactancia y la cría de los hijos e hijas, trae una importante responsabilidad de consejería en temas familiares, por lo que la partería tradicional también construye, comparte y puede re-crear representaciones de la maternidad, en una comunidad. El desafío es si estas ideas pueden ser para reproducir modelos de familia que se subordinan a los modelos tradicionales de masculinidad violenta; o se buscan otros puentes para involucrar a los varones jóvenes y a los padres de familia en otras formas más cercanas de criar a los hijos e hijas y dar aportaciones a un feminismo cultural propio de la región que se nutre de muchos feminismos latinoamericanos.

5.- En lo que se refiere a si la partería tradicional incide en el cuestionamiento a los roles de género al involucrar al varón en los cuidados paternos, y si incide en la construcción de una paternidad más presente, encontré lo siguiente: Si bien los talleres sobre no violencia y cultura de paz que se han impartido en las CAMIs, han incidido en cierta forma a concientizar tanto a mujeres como a hombres sobre la necesidad de relacionarse distinto y de erradicar la violencia hacia las mujeres y las niñas; la realidad cultural en un contexto donde la tecnología y los medios bombardean la construcción de identidad cultural, las parteras como tal no tienen tanta injerencia. En lo que se refiere a una paternidad más presente, se ha logrado sólo hasta cierto punto durante el momento del parto y del alumbramiento

al acompañar a las mujeres gestantes, y durante los rituales del neo-nato o bien cuando hay que irlo a registrar, sin embargo, en lo que se refiere a cambiar modelos de masculinidad no observé tan cercana esa relación. Hasta cierto punto, la partera tiene un rol respetable y goza de respeto, pero no como para incidir en decisiones familiares, o en obligar al varón a cambiar conductas violentas.

6.- En lo que se refiere a la manera en que los saberes ancestrales de la partería tradicional integran un proceso epistémico de resistencia cultural los hallazgos fueron muy interesantes ante la mirada externa y los significados de afuera que les han permitido re-crearse y re-significar su práctica como en recientes encuentros importantes tales como: las Jornadas de Partería organizadas por el INAH, los encuentros internacionales de mujeres indígenas, o los eventos donde se visibilizan temas de mujeres.

Al interior de los colectivos que se organizan en torno a las CAMIs, el proceso de comunicación es más lento y menos fluido por la elevada demanda de servicios, por la triple jornada comunitaria que realizan y por el escaso tiempo que les queda para preparar talleres, capacitarse y realimentar proceso formativos al interior de las Camis.

En lo particular me pareció muy interesante la forma de compartir saberes entre promotoras de salud comunitarias y parteras, en su lengua originaria; sin embargo estos procesos no se documentan, ni se sistematizan por las causas antes mencionadas.

En lo que se refiere a la hipótesis central del rol de las parteras como detonadoras de procesos organizativos, se reiteran los hallazgos sobre el exceso de demanda, el gran desgaste que implica trasladarse entre comunidades, la mayoría de las parteras son de edad avanzada, y la gran cantidad de tareas domésticas que deben realizar.

En lo que se refiere al cuestionamiento de las parteras a los roles de género el hecho de que la mayoría fueran mujeres de entre 40 y 60 años con responsabilidades domésticas o bien el cuidado de tierras y de animales, les implica poco tiempo para encabezar procesos organizativos; sin embargo cuando se dan talleres en las CAMIs, las promotoras de salud o las mujeres más jóvenes que son usuarias o acompañantes buscan promover temas de liderazgo entre generaciones más jóvenes y promover el dialogo intrageneracional e intercultural que a su vez es un cuestionamiento a ciertas conductas sexistas. Así las mujeres que van haciendo eco a estos cuestionamientos son más bien mujeres jóvenes que toman la estafeta ya no como parteras, sino como promotoras de salud, o como participantes de las CAMIs en temas de liderazgo y capacidades.

Estos ecos de colectivos de mujeres mestizas organizadas, o de mujeres jóvenes que resignifican la partería y asumen teorías feministas comunitarias gestan el potencial organizativo, de reivindicación del Derecho a la Salud, y a la autonomía en salud como acción emancipatoria.

Estas sociologías emergentes tienen procesos de surgimiento que son muy creativos en la forma de vincularse, nutrirse y emerger en el imaginario colectivo, construyendose progresivamente a través del dialogo y las rutinas comunitarias, en los monitoreos y consultas, las mujeres comparten, crean, son cómplices, se acompañan, inciden, se incentivan unas a otras y se apoyan para resignificar sus roles comunitarios y asumir liderazgos.

Conocer estas tensiones, permitió hallar puntos de encuentro que abonen a la discusión referente a la preservación de saberes, al posicionamiento de las parteras en un escenario neoliberal y la visibilización de saberes tradicionales ante la medicalización y la patologización del parto, (situaciones que poco a poco se reprueban y se denuncian en práctica médica hegemónica que reproduce la violencia obstétrica y la racialización de procesos de atención al parto).

Entre esas discusiones las parteras indígenas construyen su propia subjetividad, configuran espacios con prácticas feministas en la vida comunitaria, al tiempo que resarcan el tejido comunitario a partir de los talleres ofrecidos en las Casas de la Mujer Indígena, que se convierten en valiosos espacios de resistencia cultural, sanitaria y feminista, que intenta re-plantearse la maternidad desde la etnicidad y el eco-feminismo; las CAMIs devienen así en espacios donde se da vida a la comunidad.

Pero que no se queda en lo local, sino que impacta también a mujeres de otras regiones, de otras agencias, de otros ámbitos ciudadanos formando la Coalición por la Salud de las Mujeres, que es una red muy interesante de organizaciones de mujeres, no sólo indígenas, sino que ha logrado integrar a diversos sectores como el académico y el clínico en la incorporación de políticas públicas a través de posicionar en la agenda pública y poner a debate los temas de salud sexual y reproductiva, pero específicamente en materia de salud de las mujeres indígenas.

En lo que se refiere al estas redes de incidencia de organizaciones de mujeres, la experiencia de la Coalición por la Salud de la Mujer es muy novedosa, por la naturaleza de las organizaciones que la integra y su característica intersectorial, se integra por las siguientes 11 organizaciones que describiré junto con sus respectivos temas de trabajo: Fundar Centro de Análisis e Investigación (Presupuestos), CIMAC (medios), Consorcio para el Diálogo Parlamentario y al Equidad (legislativo), Sipam (Salud sexual y reproductiva), Mexfam (Planificación familiar), IPAS (derecho a decidir anticoncepción), Kinal Antzetik Distrito Federal (Mujeres indígenas y salud materna), Balance (Jóvenes y VIH), Observatorio de Mortalidad Materna en México (Mortalidad Materna) y el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM) -Salud Materna y derechos así como las representantes de las CAMIs; estas organizaciones abordan temas en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como políticas públicas y presupuestos en salud (Berrío y Lozano, 2017).

Destaco este proceso de incidencia con organizaciones puesto que es esta Coalición ha sido un acompañante clave al dar a conocer la problemática de la partería y su discriminación, y porque han acompañado los procesos organizativos de gestación y de gestión de las CAMIs en todo el país, impulsando este movimiento de resistencia en salud, que a la fecha está integrada en la agenda pública las necesidades reales de las parteras tradicionales.

Las parteras tradicionales protegen la vida, la ritualidad, resguardan los saberes de su comunidad, las formas de salud que son buenas para su comunidad y su territorio pese a las condiciones estructurales regionales y mundiales y los embates de la industria médica y del aparato sanitario.

La partería tradicional indígena es un poderoso espacio de resistencia epistémica, de preservación de formas de parto más cuidadosas con la salud femenina y que reproducen ritualidad propias de las culturas del nacimiento regional (meepha, ñu-saavi, náhuatl y ñomndá) mismas que son elementos creadores de comunalidad y de modos de vida comunitarios que preservan arraigo territorial.

Al permitir la unión, organización, diálogo e interacción de mujeres, las Casas de la Mujer Indígena son espacios interculturales, con elementos feministas que permiten el rescate del tejido comunitario regional y de la subjetividad de las mujeres indígenas que construyen ciudadanía étnica.

7. LITERATURA CITADA

- Argüello-Avendaño, H. y Mateo González, A. (2014). *Parteras tradicionales y Parto medicalizado, ¿un conflicto del Pasado? evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años*. LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos, vol. XII, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 13-29.
- A.A (2018) *Folleto: La partería tradicional: saberes y prácticas en riesgo*. Instituto Nacional de Antropología e Historia. Secretaría de Cultura. México.
- Amaro, R. (mayo-agosto 2010) *Diagnóstico en materia de salud pública en el estado de Guerrero*. Encrucijada, Revista electrónica del Centro de estudios en administración pública, 5, 1-13.
- Aresti, L. (2006) *Silenciamiento de lo femenino y desastre ecológico*: MC Editores; México.
- Argüello-Avendaño H. (2016) *Mortalidad materna a principios del siglo XXI en los Altos de Chiapas, México: violencia estructural y búsqueda de atención* [Tesis de Maestría]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili;
- Arguello-Avendaño, H. (2017) *Breve historia sobre política pública y sus estrategias para la reducción de la muerte materna*. En Freyermuth, Graciela (coord). *Salud y mortalidad materna en México. Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad*. Colección México. CIESAS: México.
- Arroyo, H. (2011) *Promoción de la Salud: acercamiento a los fundamentos y perspectivas institucionales dominantes*. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.
- Arteaga, A. (2012) *Todas somos la semilla: ser mujer en la Policía Comunitaria de Guerrero: Ideologías de género, participación política y seguridad*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Antropología

Social: México. Centro de Investigaciones en Estudios Superiores en Antropología Social.

- Badillo, M. (2009) (Coord.) *Morir en la miseria*: México: Océano.
- Bartra, A. (2003) *Guerrero bronco, campesinos, ciudadanos y guerrilleros en la Costa Grande*. Era. México.
- Benítez, K. (2015) *El poder curativo de mi comunidad. Análisis de la práctica de la promoción de la salud en la región Costa-Montaña de Guerrero*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco. Ciencias Biológicas y de la Salud. México.
- Berrio, L. (2009) *Balance crítico sobre la lucha de las mujeres indígenas*. En estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero. Publicado por el Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM y la Sría. de asuntos indígenas del gobierno del estado de Guerrero.
- Berrio, L. (2013) *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*, Tesis doctoral de Antropología. UAM-Iztapalapa. México.
- Berrio, L. y Lozano, A. (2017) *Redes para la incidencia. Visibilizando agendas de mujeres indígenas desde la Coalición por la Salud de las Mujeres*. En Juárez, Hevia, F, López, E. y Freyermuth, L. (coord) *Entre el activismo y la intervención: el Trabajo de organizaciones de la sociedad civil y su incidencia para la salud de Mujeres Indígenas en México*; México. Alternativas y Capacidades A.C, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Berrio, Lina (2008) *Sembrando sueños, creando utopías: Liderazgos feminismos indígenas en Colombia y México*, en Hernández, R. (editora) *Etnografías e historias de resistencia: Mujeres indígenas, procesos*

organizativos y nuevas identidades políticas. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Publicaciones de la Casa Chata en Coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación de Humanidades y Programa Universitario de Estudios de Género. .

- Berrio, L. (2010) *Pluralismo médico y estrategias para el cuidado de la salud materna en la Costa Chica de Guerrero* en: La medicina social en México. Tomo III. Entre la tradición y la emergencia. En Peña, F. y León, B. (Coords) Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México.
- Berrio, L. (2015) *Casas de la Mujer Indígena: una estrategia efectiva de articulación para la promoción y atención de la salud materna en zonas indígenas* en 25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia / Freyermuth, G., Coordinadora; Observatorio de Mortalidad Materna en México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Berrio, L. y Gamlin J. (2020) *Critical anthropologies of maternal health. Teorising from the field with mexican indigenous communities* En Critical Medical Anthropology Perspectives in and from Latin America, edited by Gamlin, Gibbon, Sesia and Berrio.
- Berrio, L. y Lozano, A. (2017) *Redes para la incidencia. Visibilizando agendas de mujeres indígenas* desde la Coalición por la Salud de las Mujeres.
- Berrio, L y Reyes, N. (2008) en *La Salud de las Mujeres Guerrerenses Retos Legislativos*. Coalición por la Salud de las Mujeres. México.
- Berrio, L (2017) *Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas*. Salud Colectiva [online]. 2017, v. 13, n. 3 pp. 471-487. Disponible en:

- Berrio, L. (2017) *Una década de intervenciones gubernamentales y desde la sociedad civil en torno a la salud materna en Guerrero. En: "Salud y mortalidad materna en México. Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad.* Freyermuth, G. (Coordinadora): CIESAS; México.
- Birn, A, (2006) *Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico.* Nueva York, University of Rochester Press.
- Blásquez, N, Flores y Ríos (Coordinadoras) (2012) *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales.* México; CRIM, CIIIECH, Facultad de Psicología. UNAM.
- Bravo, H (1990) *Las parteras rurales en México: investigación operativa sobre los niveles de participación de las parteras rurales en programas de atención materno infantil y planificación familiar.* México. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica.
- Breilh, J (2003) *Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e intercultural.* Editorial: Lugar; Argentina.
- Cabnal, L. (2010) *Feminismos diversos: El feminismo comunitario.* Madrid. Akasur-Las Segovias.
- Calixto, A. (2015) *Los talleres de planificación familiar en comunidades indígenas: las metas institucionales y las voces de sus protagonistas.* 10° Congreso de la Asociación Mexicana de Estudios Rurales; Toluca, México; 2015.
- Camacho, Z. (2013) *Cocohapa, el grande: entre la miseria y el desprecio.* Revista contralínea del 20-enero-2013. Disponible en <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2013/0120/cochoapa-l-grande-entre-la-miseria-el-desprecio/> recuperada el 16 de agosto de 2016.
- Camargo, L. (2015) *Actores sociales emergentes: procesos de organización de mujeres indígenas en América Latina: mujeres ñuu savi*

de México y wayúu en Venezuela y Colombia, Tesis para obtener el grado de Maestría en Estudios Latinoamericanos: México. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Campos, R (2004) *Experiencias sobre Salud intercultural en América Latina*. En Fernández Gerardo (Comp) Salud e interculturalidad en América Latina: Perspectivas antropológicas. Ediciones Abya-Yalá. Ecuador.
- Campos, R. (2015) *Nadie nos puede arrancar nuestro conocimiento. El proceso de legislación de las medicinas tradicionales indígenas en México y Bolivia*. UNAM-Programa universitario de estudios de la diversidad cultural y la interculturalidad. México.
- Canabal, B. (2009) *Mujeres indígenas de la Montaña de Guerrero: una aproximación*. En estado del Desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero; publicado por el Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM, Secretaría de asuntos indígenas del estado de Guerrero.
- Canabal, B. y Flores, J. (Coords.) (2004) *Montañeros: Actores sociales de la montaña del Estado de Guerrero*. División de Ciencias Sociales y Humanidades. UAM-Xochimilco, Ediciones el atajo y Universidad Autónoma Chapingo: México.
- Canabal, B.. (Coord.) (2001) *Los caminos de la Montaña: Formas de reproducción social en la Montaña de Guerrero*. UAM-Xochimilco: México. Centro de Estudios Superiores de México y Centro América San Cristóbal de las Casas, México.
- Carrera, C. (2015) *Nuestros cuerpos, nuestros partos: apropiación subjetiva de derechos en la atención humanizada del parto en el Distrito Federal [Tesis de Maestría]*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.
- Carrillo, A (1998) “*Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX*” en Asclepio, L-2, pp. 149-168

- Castañeda, A., y Lerín S. (1999) *Capacitación a parteras tradicionales. ¿Articulación o desfase con el sistema institucional de salud?* En Tuñón P. (coord.) *Género y Salud en el Sureste de México Volumen 2*. Chiapas, México: El Colegio de la Frontera Sur, Consejo Estatal de Población de Chiapas, Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas.
- Cerda, A. (2011) *Imaginando zapatismo: multiculturalidad y autonomía indígena en Chiapas desde un municipio autónomo*. Ediciones UAM-Xochimilco. División de Ciencias Sociales y Editorial Porrúa: México,.
- Conti, D, 82004) junio de 2004 en Página 12, “Criminalización y su significado” <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-36146-2004-06-02.html> recuperado el 14 de febrero de 2018.
- Cortés B.(2016) *El riesgo obstétrico y el uso de la cesárea: prácticas y representaciones sociales de un grupo de mujeres del municipio de Zaragoza, Veracruz, que recibieron atención obstétrica en las instituciones públicas de salud*. [Tesis de Maestría]. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2016
- Cosminsky, S. (1976). *Cross-cultural perspectives on midwifery*. In E. X Grollig , S. JHarold, & B Haley (Eds.), *Medical Anthropology* p-229-249. The Hague: Mouto
- Cosminsky, S. (1977) *El papel de la comadrona en Mesoamérica*. En: *América Indígena XXXVII*, núm. 2. México. Instituto Indigenista Interamericano.
- Cumes, A. (2014) *Multiculturalismo, género y feminismo*” en Espinosa, Yuderkys, Gómez, Diana y Ochoa, Karina. *Tejiendo de otro modo; feminismo, epistemología y aportes de coloniales en Abya-Yala*. Universidad del Cauca. Colombia.
- Curiel, O. (2014) *Hacia la construcción del feminismo descolonizado* en Espinosa, Yuderkys; Gómez, Diana y Ochoa, Karina “Tejiendo de otro modo; feminismo, epistemología y aportes de coloniales en Abya-Yala”. Universidad del Cauca. Colombia.

- Cusicanqui, S. (2010) *Chtxinakaxutxiwa: Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. Editorial Tinta limón ediciones. Retazos, Buenos-Aires.
- Cuyul, A. (2013). *Salud intercultural y la patrimonialización de la salud Mapuche en Chile*. El Volcán Insurgente. ISSN en trámite. Disponible en <http://www.enelvolcan.com/jun2013/261-salud-intercultural-y-la-patrimonializacion-de-la-salud-mapuche-en-chile> 6
- De la Paz M y Salles, V (2000) *Familia, género y pobreza*. Editorial Porrúa, México.
- Díaz, D. (2010) *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de Muerte Materna*. Fundar-Centro de Análisis e Investigaciones: México.
- Díaz, D. (2015) en Freyermuth, G. (Coord); 25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. *Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia* /Observatorio de Mortalidad Materna en México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
- Díaz, M. (2018) entrevista a Apolonia Placido en el Suplemento del periódico. La Jornada del Campo, # 129, 16 de junio de 2018
- Echeverría, B.. (2007) *Imágenes de la Blanquitud*, en Lizarazo, D. Sociedades icónicas, historia, ideología y cultura en la imagen. Siglo XXI. México.
- Ehrenreich, B. y Deirdre E, (1988) *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad*. Barcelona, La Sal Ediciones de les Dones. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), (2009) Estado mundial de la infancia 2009. Salud materna y neonatal. Nueva York, UNICEF. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2009_Main_Report_LoRes_PDF_SP_USLetter_03112009.pdf
- Espinosa, G., L. Dircio. y Sánchez, M. (2010) *La Coordinadora guerrerense d mujeres indígenas: Construyendo la equidad y la*

ciudadanía: México. Colección Teoría y Análisis. División de Ciencias Biológicas y Humanidades; Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

- Espinosa, G. (2003) *Doscientas trece voces contra la muerte. Mortalidad Materna en zonas indígenas*; México. CONAMI-Kinal-Antzetik
- Espinosa, G. (2013). *Reflexiones sobre interculturalidad y salud desde la Costa Chica de Guerrero*. En cambios y procesos emergentes en el Desarrollo Rural (223). México: UAM-X, División de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Espinosa, G. y Luna, C. (2013) *“Manos Unidas” contra la muerte materna: por una maternidad libre y saludable para las indígenas de la Costa-Montaña de Guerrero*. (112) México: UAM-X, División de Ciencias Sociales y Humanidades. Vida y Milagros de Mujeres Indígenas.
- Espinosa, G. (2011) *“Mujeres indígenas construyendo su ciudadanía. Quince notas para su reflexión* en Jaiven-Cejas (coords.) *“La encrucijada de género y ciudadanía. Sujetos políticos, Derechos, gobiernos, gobierno, nación y acción política*. Ediciones UAM-Especialización de género y ciudadanía.
- Espinosa, G. (2013) *Mujeres indígenas por una vida sin violencia en la Costa-Chica de Guerrero*. En Moguel, Julio. (Coordinador) *El sur-sureste mexicano: crisis y retos*. Centro de Estudios Sociales y de opinión pública-Ediciones Juan Pablos. México.
- Espinosa, Y; Gómez, D. y Ochoa, K. (2014) *Tejiendo de otro modo; feminismo, epistemología y aportes de coloniales en Abya-Yala*. Universidad del Cauca. Colombia.
- Fanon, F. (1961) *Los condenados de la tierra*. FCE. México.
- Federici, S. (2014) *El cuerpo de la mujer es la última frontera del capitalismo*. Artículo de la coordinadora feminista, federación estatal de organizaciones feministas. Recuperado 10 de marzo de 2020 de

https://www.eldiario.es/euskadi/euskadi/cuerpo-mujer-ultima-frontera-capitalismo_1_4879508.html.

- Federici, S. (2015) *El Calibán y la Bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Tinta-limón/Pez en el árbol. México.
- Federici, S. (2020) *Reencantar el mundo. El femiismo y la política de los comunes*. Traficantes de Sueños, Madrid.
- Figueroa, D. y Sierra T. (2019) *Alertas de género y mujeres indígenas: interpelando las políticas públicas desde los contextos comunitarios en Guerrero, México*. En Canadian journal of Latin America and Caribbean Studies 2020, VOL. 45, NO. 1, 26–44 recuperado el 2 de abril de 2020 en <https://doi.org/10.1080/08263663.2020.1690781>.
- Flores, J. (2007) *Reinventando la democracia. El sistema de Policía Comunitaria y las luchas indias en el estado de Guerrero*. México: Plaza y Valdés Editores-El Colegio de Guerrero, A.C.
- Flores, J. (2005), “*De indios integrados a sujetos políticos*” *Revista Argumentos*, estudios de la sociedad. Núm. Especial 48-49: México. Universidad Autónoma Xochimilco. División de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Freyermuth, G.(2003) *Las mujeres de humo, Morir en Chenalhó: Género, etnia y generación, factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*. Ciudad de México: CIESAS, Miguel Ángel Porrúa; 2003.
- Freyermuth, G. (2016) *Determinantes sociales en la Salud Materna en México*. Revista Conamed. Vol. 21, Núm. 1. enero-marzo. pp 25-32 / / ISSN 2007-932X
- Freyermuth, G. (2018), (Coordinadora) *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Freyermuth, G. (Coord) *25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la*

sociedad civil y la academia / María Graciela Freyermuth Enciso, Coordinadora; Observatorio de Mortalidad Materna en México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2015

- Freyermuth, G. Muños, J. Y Luna, M. (2018) *Numeralia 2016. Mortalidad Materna en México*. Observatorio de Mortalidad Materna en México. CIESAS. México.
- Freyermuth, G. y Sesia, P. (2014) *La rendición de cuentas y la contraloría social: debates y experiencias en salud materna y reproductiva en México*. En Freyermuth, G. y Sesia, P., Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductivas. Nuevas experiencias de contraloría social. CIESAS. México.
- Freyermuth, G.(Coord.) (2015) “25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia” Observatorio de Mortalidad Materna en México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2015.
- Freyermuth, G., y Muñoz, M. (2000). *Parteras tradicionales en el estado de Chiapas, usos y costumbres: Apuntes sobre Medicina tradicional en México*. Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas, (57), 20-25.
- Freyermuth, G. y Luna, M. (2014). *Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud*. Realidad, datos y espacio. Revista internacional de estadística y geografía, Volumen 5, Número 3, 44-61.
- García-Gualda, S. (2014) *Género y decolonialidad*, entrevista a María Lugones. Realizada por Surai. García Gualda. Otros logos. Revista de estudios críticos. Centro de Estudio y actualización en Pensamiento político. Decolonialidad e Interculturalidad. Universidad Nacional de Camahue. ISSN 1853-4457.

- Gargallo, F. (2014) *Feminismos desde Abya-Yala, Ideas y proposiciones de las mujeres de 607 pueblos de nuestra América*. Editorial Corte y Confección, México.
- Gómez, G. (2015) *Las Casas de la Mujer Indígena Las Casas de la Mujer Indígena: su diseño e implementación. El caso de Cuetzalán, Puebla*. Tesis de grado de Maestría en Administración y Políticas Públicas. CIDE. México.
- González Conde, A. (2010). *Aproximación al movimiento ecofeminista. Un pensamiento en defensa de la emancipación*. (Tesina de maestría inédita). Universidad Carlos III de Madrid. Madrid, España.
- Güémez, M. (1997) “De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: El proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud”. En: Cambio cultural y resocialización en Yucatán, Esteban Krotz, coordinador. Mérida, Universidad Autónoma de Yucatán.
- Güémez, M. (2000) *Imagen social de la partería*. LASA. Miami, FL.
- Guiteras, C (1961) *La magia en la crisis del embarazo y parto en los actuales grupos mayences de Chiapas*. Estudios de cultura maya Vol. 1, 159-166.
- Guiteras, C (1986) *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*. México, FCE.
- Gutiérrez, R (2017) *(RE)PRODUCIR LA VIDA COMÚN*. La mirada de Raquel Gutiérrez Aguilar. - Tercera Vía
- Hernández, L. (2009) “Movimiento indígena, autonomía y representación política en: Otras geografías: Experiencias de autonomías indígenas en México”. Gasparello y Quintana (Coords.) UAM-Iztapalapa.
- Herrera, C y Juárez, J. (2011) *El programa Oportunidades y los derechos de las mujeres indígenas en México*. Abogados para la justicia y los Derechos Humanos. México.

- Herrero, A. (2017). *Ecofeminismos: apuntes sobre la dominación gemela de mujeres y naturaleza*. Ecología Política. Cuadernos de debate internacional, (54), 20-27 Recuperado de <https://www.ecologiapolitica.info/?product=54-ecofeminismos>
- Hersch, P. (2011) *Diálogo de saberes ¿para qué? ¿para quién? Algunas experiencias desde el programa de investigación actores sociales de la Flora medicinal en México*. Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Holland, W (1963) *Medicina Maya en los Altos de Chiapas. Un estudio del cambio sociocultural*. México, INI.
- Illades, C (2014) *Guerrero la violencia circular*. En revista electrónica Nexos, publicada el 1 de noviembre de 2014 recuperada el 14 de diciembre de 2019 de <https://www.nexos.com.mx/?p=23092>.
- Kelly, I. (1955). "El adiestramiento de parteras empíricas desde el punto de vista antropológico", en América Indígena. Vol. XV, núm. 2.
- Lamas, M. (2016) *Mujeres guerrerenses: feminismo y política* Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM. Nueva época. Año LXI. Núm. 226. Enero-abril 2016. pp. 409-424. ISSN-0125-1918.
- Laureano-Eugenio, J; Villaseñor, M; Mejía-Mendoza, M; Ramírez-Cordero, H. (2016) *Ejercicio tradicional de la partería frente a su profesionalización: estudio de caso en Jalisco*, México Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 34, núm. 3, septiembre-diciembre, pp. 275-283 Universidad de Antioquia Medellín, Colombia
- Leal, G. (2013) *¿Protección social en salud, ni seguro, ni popular?* Estudios políticos Universidad Nacional Autónoma de México. 9 Núm. 28, 163-193.
- León, N, (1910). *La obstetricia en México*. Notas bibliográficas, técnicas, históricas, documentarias y críticas de los orígenes históricos hasta el año de 1910. México, Tipografía de la viuda de Francisco Díaz de León.
- Lozano, A. (2019) *Ser y quehacer de promotoras y promotores comunitarios de salud indígena: rostros y voces desde el Norte del Cauca*,

Colombia y la Costa Chica de Guerrero, México. En Comboni, Sonia y Cárdenas, Nicolás (Coords.) Repensar la práctica social en el mundo rural. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. División de Ciencias Sociales y Humanidades.

- Lugones, M. (2014) “*Colonialidad y Género*”. En Espinosa, Y., Gómez, D. y Ochoa, K. “Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas decoloniales en Abya-Yala. Universidad del Cauca, Colombia.
- MacCallum C. (2008) *Raza, etnicidad y sexualidades: Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; Universidad del Valle; Centro Latinoamericano de sexualidad y derechos humanos..
- Macías, I. (2019) *Ecofeminismos: prácticas, discursos y experiencias en torno a las alternativas menstruales, desde el Área Metropolitana de Guadalajara*. Tesis que para obtener el grado de Licenciado en Gestión y economía ambiental. Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas.
- Macleod, M. (2015) “*Género, análisis situado y epistemologías indígenas_ descentrar los términos del debate*” en; Prácticas otras de conocimiento(s): Entre crisis, entre guerras / Leyva, X. J. Alonso, R. A. Hernández, A. Escobar, A. Köhler... [et al.]. - 1a edición digital- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Chiapas: Cooperativa Editorial Retos; Lima: Programa Democracia y transformación Global (PDTG); Copenhague: Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA); La Habana: Talleres Paradigmas Emancipatorios-Galfisa; Coimbra: Proyecto Alice - Espejos Extraños, Lecciones Insospechadas; Guadalajara: Taller Editorial La Casa del Mago, 2018.
- Martínez, A y Pardo, J (2001) “*Un conflicto profesional, un conflicto moral y un conflicto de género: los debates en torno a la atención al parto en tiempos de Josefa Amar y Borbón*” en Cronos. Núm. 4, pp. 3-27.

- Mbembé, A. (2011). *Necropolítica* seguido de *Sobre el gobierno privado indirecto*. Recuperado de <https://aphuuruguay.files.wordpress.com/2014/08/achille-mbembenecropolc3adtica-seguido-de-sobre-el-gobierno-privado-indirecto.pdf>
- Meléndez, D. (2008). *La Muerte Materna y el Seguro Popular de Salud en el estado de Guerrero*. En *La Salud de las Mujeres Guerrerenses Retos Legislativos* (31). México: Coalición por la Salud de las Mujeres.
- Mendoza, B. (2014) "*La epistemología del Sur, la colonialidad del género y el feminismo latinoamericano*" En Espinosa, Y. Gómez, D. y Ochoa, K. "Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas decoloniales en Abya-Yala. Universidad del Cauca, Colombia.
- Menéndez, E. (1998) *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto-atención, caracteres estructurales de autoatención*, en Campos R. (compilador) *La Antropología Médica en México I*, instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Naciones Unidas (1995) *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Nueva York, Naciones Unidas. Naciones Unidas, (1999) *Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo (ICPD+5)* [en línea]. Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml> [consultado el 19 de noviembre 2013].
- Naciones Unidas, (2000) *Objetivos de desarrollo del milenio* [en línea]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/mdg/> [consultado el 15 de junio 2008].
- Naciones Unidas. Centro de Información México, Cuba y República Dominicana, (s.f.) "*Países menos adelantados*" [en línea]. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/ldc/paisesmadel.htm>
- Nicasio, M. (2011) "*De la mediatización política a la participación indígena en la Montaña de Guerrero*", en *Revista Oxtotitlán*, publicación de la

Universidad Autónoma de Guerrero. Unidad Académica de Antropología Social, Año 5 Numero doble 7 y 8. Agosto.

- Olivé, L. (2004) *El bien, el mal y la razón: facetas de la ciencia y de la tecnología*, Paidós. México.
- Oliveira, O. (1998) en Schmukler, B. (coord.) *Familias y relaciones de género en transformación*. Ed. Population Council. México. 1998.
- OMS. Organización Mundial de la Salud, (1966) Comité de expertos de la OMS sobre la función de la partera en la asistencia a la madre. *Informe de un comité de Expertos de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_331_spa.pdf
- OMS. Organización Mundial de la Salud, (2005) Informe sobre la salud en el mundo 2005. Ginebra, OMS.
- OMS. Organización Mundial de la Salud, (2008) *Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*.
- Ortega J. (2010) *Género, generaciones y transacciones: Reproducción y sexualidad en Mayas de Yucatán*. Zamora: El Colegio de Michoacán; 2010.
- Orueta, R. et al (2011) *Medicalización de la vida*. Revista clínica de Medicina familiar 4 (2) 150-16. Recuperada el 11 de septiembre de 2018.
- Paredes, J y Feministas comunitarias de Abya Yala-Bolivia. (2016) *“El desafío de la despatriarcalización*. Entramado para la liberación de los pueblos”. Mujeres creando. Bolivia.
- Paredes, J., comunidad de mujeres tejiendo comunidad (2013) *Hilando fino desde el feminismo comunitario*; México; el rebozo, lente flotante,
- Paredes, S. et al (2018) *Percepción de los cambios producidos por la enseñanza de parteras tradicionales experimentadas de Xochistlahuaca*, Guerrero, En Freyermuth (Coordinadora) Los caminos para parir en México en el siglo xxi: experiencias de investigación, vinculación,

formación y comunicación. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

- Prado, A. (2012) *“Metik:U” (Nuestra Madre-Luna): Símbolos en torno a la partería tseltal*. Tesis de Maestría en Desarrollo Rural. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México.
- Puleo, A. (2011) *“Ecofeminismo para otro mundo posible”*. Ed. Cátedra. España.
- Puleo, A. (2005) Lo personal es político: el surgimiento del feminismo radical en Celia Amorós y Miguel Ana. *“Teoría feminista de la Ilustración a la Globalización” Tomo II*. Ediciones Minerva. España.
- Quattrocchi, P. (2007), *“¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán”*, en Quattrocchi P. y Güémez M. (coord.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CIR-UADY, CEPH CIS-UNAM, INDEMAYA
- Rangel, C; (2006); *En nuestro pueblo no mandan ustedes, manda el pueblo: disidencia, cambio religioso y conflicto en la Montaña de Guerrero*. Tesis doctoral en Ciencias Políticas y Sociales con Orientación en Sociología. UNAM-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- Rees, M., Sesia, P., Atkin, Keith-Brown, K. (2016) *Fortalecer la Partería: una deuda con las mujeres de México: El panorama en 2015*. Fundación Mac.Arthur.
- Reich, T. (ed.), (1995) *Encyclopedia of Bioethics, Revised edition*. Nueva York, Simon & Schuster Mac-millan, pp. 1340-1342, 1543-1549 y 2577-2584.
- Rodríguez, M et al., (2012) *“Medicalización en las mujeres embarazadas y parturientas: Una aproximación desde terapia ocupacional parte I”* en TOG. Vol. 9, núm. 15, pp. 1-18.
- Rodríguez, N. y Oviedo S, (2018) *Propuesta para la inclusión de las parteras tradicionales en el primer nivel de atención: el caso de Atoyac de*

Álvarez, Guerrero. En Freyermuth (Coordinadora) Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

- Rubio, B (2010) *“El impacto de la Crisis alimenticia en las mujeres rurales de bajos ingresos en México 2008-2009.”* Editorial Colegio de Posgraduados. México.
- Sánchez, Á. (2014) *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México.* UAM-Xochimilco-ITACA. México.
- Sánchez, G (2016) *Espacios para parir diferente. Un acercamiento a las casas de Parto en México:* México. ECOSUR.
- Santos, B. (2003) *Para uma sociologia das ausencias e uma sociologia das emergencias.* En Boaventura Santos (Coordinador) en *Conhecimento prudente para uma vida decente: um discursos sobre as ciencias.* Disponible en <http://www.ces.fe.pt/bss/papers.htm>. Consultado el 12 de junio de 2009.
- Santos, Boaventura (2005) *La universidad del siglo XXI para una reforma democrática y emancipada de la universidad.* CEIICH-UNAM. Colección Educación superior. México.
- Santos, Boaventura (2009) *Una epistemología del Sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social: Siglo XXI-* CLACSO, México.
- Sarmiento, S. et al, (2009) *Movimiento indígena y conflictos sociales en Estado del Desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero;* publicado por el Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM, Secretaría de asuntos indígenas del estado de Guerrero.
- Sarmiento, S (2004) *El movimiento indígena en Guerrero. Recuento, la Jornada-Ojarasca # 88.* México.

- Schmuckler, B. (Coord) (1998) *Familias y relaciones de género en transformación*. Population-Council. Editorial. México.
- Secretaría de Salud; Dirección General de Información en Salud. Sistema de Certificados de Nacimientos (SINAC), cubos dinámicos [Internet]. 2016-citado en 2017. Disponible en: Disponible en: <https://goo.gl/raDjbH> » <https://goo.gl/raDjbH>
- Segato, R. (2014) *Las nuevas formas de la guerra en el cuerpo de las mujeres*. México- Pez en el árbol.
- Segato, R (2003) *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la Antropología, el psicoanálisis y los Derechos Humanos*. Universidad Nacional de Quimes. Argentina.
- Sesia P, Sachsse M, Pintado A, Lastra Z. *Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca*. Revista CONAMED. 2012;17(supl 1):4-15.
- Sesia P. (2009) *La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. Ciudad de México: CIESAS, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, ACASAC;
- Sesia, Paola (2020) *Naming, framing and shaming through obstetric violence. A critical approach to the judicialisation of maternal health rights violations in México*. En *Critical Medical Anthropology Perspectives in and from Latin America*, edited by Gamlin, Gibbon, Sesia and Berrio.
- Sesia, P, Freyermuth, , *Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica*. Desacatos.
- Shiva, V. (1995) *Abrazar la vida, mujer, ecología y desarrollo*. Editorial horas y horas. Madrid.
- Sieglín, V. *Modernización Rural y devastación de la cultura tradicional campesina*. México: Plaza y Valdés/ Universidad Autónoma de Nuevo León

- Svampa, M. (2015) *Ecofeminismo más allá de esencialismos*. En Revista nueva sociedad. ISSN_ 0251-3552 marzo-abril 2015, recuperado en noviembre de 2019 de www.nuso.org
- Tiburcio, H. (2009) *Mujeres indígenas y Desarrollo en el Estado del Desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero*; publicado por el Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM, Secretaría de asuntos indígenas del estado de Guerrero.
- Towler, J y Bramall, j (1997) *Comadronas en la historia y en sociedad*. Barcelona, Masson.
- Usandizaga, M, (1944) *Historia de la obstetricia y la ginecología en España*. Santander, Aldus.
- Valencia, S (2016) *Capitalismo Gore*. Paidós, España.
- Vargas, B. (2016) *Construcción sociocultural de la muerte materna en la región de la cuenca del lago de Pátzcuaro, Michoacán: Experiencia, trayectoria de atención- desatención y estructura familiar*. Tesis de grado Maestría en Ciencias Sociomédicas, campo disciplinario de Antropología en Salud, Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, UNAM.
- Vega, R. (2017) *Interidentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México*. *Salud Colectiva* [online]. 2017, v. 13, n. 3 pp. 489-505. Disponible en: <<https://doi.org/10.18294/sc.2017.1114>>. ISSN 1851-8265.
- Victoria, E. (2009) *Autonomías indígenas de facto en el Estado de Guerrero*, en Soriano Hernández Silva. Los indígenas y su caminar por su autonomía. UNAM. Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe. Colección Miradas del Centauro, Ediciones-Eón. México.
- Zamorano, P. (S/F) "Gobernando los saberes y los cuerpos: matronas y parto af ines del siglo XVIII en Chile. XI Jornada interescuelas/Departamento de Historia. Tucumán. Universidad de Chile.

Mesografía

- <http://www.trinchera-politicaycultura.com/e2/930/info-04.php> entrevista a Brigida Chautla de Noche Zihuame y la casa de la Mujer Indígena en Chilapa.
- <https://suracapulco.mx/casas-de-la-mujer-indigena-y-afromexicana-lugares-de-vida-en-riesgo-de-morir/>