

Tensiones y resistencias: la partería comunitaria tseltal y el sistema de salud mexicano


Tensions and resistances: the Tseltal community midwifery and Mexican health system

Diana Álvarez Romo

 <https://orcid.org/0000-0001-6754-8896>

Universidad Autónoma Metropolitana, México
diana.alvarez.romo@gmail.com

Gilberto Hernández Zinzún

 <https://orcid.org/0000-0002-3143-5555>

Universidad Nacional Autónoma de México, México
zinzun@unam.mx

Recibido: 01-02-2022
Aceptado: 17-03-2022



Resumen

Este artículo reflexiona sobre la brecha entre el paradigma tradicional de cuidados de la salud y el paradigma biomédico mundial respecto a la partería tradicional indígena en México. Busca identificar el contexto en el que la partería comunitaria se ejerce actualmente, así como las tensiones que emergen de su encuentro con el modelo médico hegemónico. Tiene un alcance exploratorio que examina un problema que no ha sido estudiado a profundidad: las resistencias de las parteras tseltales que mantienen vivas prácticas de cuidado a la salud reproductiva. Se trata de una investigación etnográfica de tipo cualitativa que se construye con herramientas propias de la antropología y las ciencias sociales, para analizar distintas dimensiones de un problema complejo y de gran relevancia para la salud colectiva. Encontramos que gran parte de las prácticas tradicionales de las parteras tseltales de Amatenango del Valle se han mantenido activas a pesar de los múltiples mecanismos de control y la violencia sistémica de la que son objeto, debido en gran medida a la resistencia cultural entre las comunidades indígenas de Chiapas.

Palabras clave: paradigma biomédico mundial, modelo médico hegemónico, paradigma tradicional de cuidados de salud, partería comunitaria, resistencia.

Abstract

This article reflects on the gap between the traditional health care paradigm and the global biomedical paradigm, regarding traditional indigenous midwifery in Mexico. It aims to identify the context in which community midwifery is currently practiced, as well as the tensions that come from its encounter with the hegemonic medical model. It has an exploratory scope that examines a problem that has not been studied in depth: the resistance of the Tseltal midwives who keep their reproductive health care practices alive. It is an ethnographic research, of qualitative type, that is built with the tools existing in anthropology and social sciences, to analyze different dimensions of a complex problem, of great relevance for collective health. We found that a large part of the traditional practices of the Tseltal midwives of Amatenango del Valle have remained active despite the multiple control mechanisms and systemic violence to which they are subjected, largely due to cultural resistance between the indigenous communities of Chiapas.

Keywords: global biomedical paradigm, hegemonic medical model, traditional health care paradigm, community midwifery, culture of resistance.

Sumario

1. Introducción: un panorama de la partería en México | 2. Metodología | 3. El paradigma biomédico mundial y el paradigma tradicional de cuidados de la salud, dos miradas que se contraponen | 4. Del modelo médico hegemónico y los *comunes* | 5. El sistema de salud en México y la partería comunitaria en Amatenango del Valle | 6. Resistencias de la partería tseltal en Amatenango del Valle | 7. Conclusiones | Referencias bibliográficas

Cómo citar este artículo

Álvarez Romo, D. y Hernández Zinzún, G. (2022): "Tensiones y resistencias: la partería comunitaria tseltal y el sistema de salud mexicano", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 10 (1): 88-101. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.541>

1. Introducción: un panorama de la partería en México

En México coexisten distintas ramas de la partería: la partería tradicional, la partería indígena o comunitaria, la partería en tradición, la partería profesional, la partería técnica y la partería autónoma. Si bien todas comparten rasgos en común, se diferencian por las distintas condiciones en que las parteras practican su oficio. Es muy probable que el gran tronco común provenga de la partería indígena, que aún se ejerce en algunas regiones del país.

Entre las parteras indígenas, hay quienes refieren haber aprendido a través de la transmisión oral y empírica matrilineal y quienes heredaron los conocimientos de otras mujeres con experiencia; también es frecuente encontrar mujeres que afirman haber recibido el *don* para ser parteras a través de sueños en los que reciben herramientas y conocimientos. Su trabajo consiste en brindar a las mujeres acompañamiento y cuidados tradicionales durante el embarazo, parto y puerperio, y muchas son también madres, abuelas, esposas, alfareras, comerciantes, lideresas, curanderas o *hueseras*, que además ejercen otros roles sociales dentro de sus comunidades: "Dentro de la vida comunitaria de las poblaciones indígenas, las parteras juegan un rol esencial que va más allá de sus funciones terapéuticas y se extiende a las relaciones sociales" (Romero, 2012, p. 305). El estatus de partera es quizá la más alta figura de autoridad comunitaria tradicional que aún puede alcanzar una mujer tseltal, las parteras "poseen autoridad suficiente para influir en la vida privada de las personas y en ocasiones confrontan la autoridad masculina en las relaciones intrafamiliares, también intervienen como consejeras de las familias para hacer respetar los derechos de las mujeres, compartiendo una visión común" (*op.cit.*, p. 293).

Proponemos la categoría *partería comunitaria* para caracterizar un oficio que implica acompañamiento y trabajos de cuidado específicos, que aportan a la reproducción biológica, social y cultural de las comunidades y que se reproduce mediante saberes tradicionales, arraigados a trabajos de cuidado reproductivo que sostienen las redes que mantienen la vida en común. Consideramos que añadir el atributo de *comunitaria* es aún más específico al relacionar a las parteras tradicionales e indígenas con los entornos y roles comunitarios que les sostienen y que ellas contribuyen a reproducir. Las parteras no sólo emplean plantas y diversos masajes y técnicas, también acompañan con escucha, palabras y afectos. Su amplia gama de cuidados nace del diálogo ancestral con las necesidades de las mujeres, respondiendo a sus requerimientos tanto físicos como culturales. Así, su labor se encuentra profundamente vinculada al cuidado de la vida y a la reproducción de su comunidad. Sus prácticas se desprenden de su propio *paradigma tradicional de cuidados de la salud*.

La partería comunitaria "trasciende la función de proveer de un servicio de salud, implica, además, una reivindicación de la condición privilegiada de la mujer dentro de la cosmovisión indígena representa una alternativa a la hegemonía de la biomedicina androcéntrica e invasiva sobre el control del cuerpo femenino y su salud reproductiva" (*op.cit.*, p. 309).

En México, hasta mediados del siglo pasado, el acompañamiento del embarazo, el parto y el puerperio formaban parte de la esfera de cuidados *comunes* entre las mujeres indígenas —y entre mujeres no indígenas—, cuyos saberes continuaron reproduciéndose mediante la transmisión oral y matrilineal femenina. El parto representaba un acontecimiento íntimo que sucedía en casa, donde las mujeres daban a luz en un espacio familiar, en compañía de sus seres queridos y de parteras tradicionales que les brindaban minuciosos cuidados durante cada etapa del ciclo reproductivo.

Entre los años cuarenta y cincuenta, la mayoría de los partos en el país aún eran atendidos por parteras. La medicalización del nacimiento se institucionalizó conforme el modelo médico fue reproduciéndose a partir de la creación del proyecto de seguridad social que acompañó a la industrialización del país a mediados del siglo XX. En ese tránsito las parteras tradicionales —particularmente en entornos urbanos— comenzaron a ser desplazadas por parteras profesionales¹. "En estas instituciones sanitario-asistenciales las *parteras profesionales* se encargaban del control del embarazo, parto y atención al recién nacido, su presencia fue fundamental para que la población aceptara el parto hospitalario, a partir de 1960, las parteras fueron relegadas de la atención al nacimiento y también les empezaron a prohibir asistir partos" (Carrillo, 1999, p.187). Visiblemente, a partir de los ochenta, el parto dejó de ser un acontecimiento íntimo y privado, para ser un evento biomédico; pasó de manos de las parteras tradicionales a las de parteras

¹ Las parteras profesionales se caracterizan porque sus métodos están más inclinados hacia la medicalización y el enfoque biomédico; normalmente su título proviene de la educación formal.

profesionales primero y más tarde, casi por completo, al control de médicos y obstetras, que comenzaron a atender el mayor porcentaje de los nacimientos en clínicas y hospitales bajo procedimientos medicalizados.

Actualmente, la partería tradicional continúa ejerciéndose en México, sobre todo en las regiones con presencia de comunidades indígenas. No obstante, durante 2020 “los médicos fueron quienes con mayor frecuencia atendieron partos, representando el 88,7% (1.445.199) del total, seguidos de las enfermeras y parteras que representaron 4,6% (75.209)” (INEGI, 2021, p.7). Sin embargo, Chiapas representa un caso particular, pues durante el mismo periodo, el 47,5% de los nacimientos (46.201) ocurrieron en el hogar y fueron asistidos por parteras o enfermeras (INEGI, 2022a). La discusión sobre si el parto representa un evento que tiene o no que suceder en un entorno hospitalario es un tema vigente que cobra mayor relevancia, sobre todo ahora que, a las ya anteriormente saturadas salas de los hospitales, se agrega la necesidad de atender a las víctimas de la pandemia. Además, es lamentable hacer notar que, hasta el momento, la COVID-19 representa la principal causa de mortalidad materna. Con base en el informe semanal de notificación inmediata de muerte materna, sabemos que hacia la semana epidemiológica 52 de 2021 se registró que la COVID-19 fue causa del 42,7% de muertes maternas² en el país y que al menos el 80% de estos decesos ocurrieron en instituciones de salud (Secretaría de Salud, 2021, p. 3).

Habría que decir también que los procedimientos médicos durante el parto contrastan con los cuidados que proveen las parteras tradicionales a las mujeres y en ocasiones son opuestos. Con frecuencia, en el ámbito biomédico, el cuerpo femenino es visto desde su comportamiento fisiológico y el parto es tratado como un padecimiento en el que se prioriza el riesgo por encima del cuidado; en casa, la mujer se encuentra en un espacio conocido, puede ser apoyada por su red afectiva más cercana, su bienestar y comodidad son la prioridad. Mientras que las parteras tradicionales procuran brindar cuidado integral a las embarazadas, la atención clínica al nacimiento está fragmentada, en tanto que son las enfermeras las encargadas de acompañar y brindar un cuidado orgánico a las parturientas, estos aspectos sobrepasan la atención que brinda el médico, quien se limita a revisar y diagnosticar a las embarazadas y vive con tensión cada acto clínico (Ortega, 2021, p. 276).

Cuando una mujer da a luz en casa es dueña de su cuerpo, lo habita, puede decidir en qué posición se siente más cómoda y por quién estar acompañada. El parto en casa no se apresura, se espera; no se induce, se escucha; no se violenta, se contiene, se acompaña, se cuida. Cuando una mujer da a luz en un hospital, su cuerpo es controlado por profesionales que deciden qué posición ha de tomar, en qué momento puede comer o beber agua, quién puede o no presenciar el nacimiento. En el ámbito hospitalario las cosas suceden al ritmo del personal médico, en el sector público de salud, la mujer es colocada junto a otras parturientas que esperan el momento de “aliviarse”, al llegar el momento del parto es inmovilizada en una camilla obstétrica, en muchas ocasiones violentada verbal y físicamente³. Durante el parto su cuerpo se deshumaniza, su bebé se vuelve un “producto”; resulta llamativo que en pleno siglo XXI se tenga que pagar por un parto humanizado y por el respeto a uno de los acontecimientos más importantes en la vida de todo ser humano: el nacimiento. La violencia obstétrica, las episiotomías infundadas y las cesáreas innecesarias son procedimientos vigentes que afectan la salud materno infantil y violan derechos humanos fundamentales.

Durante las últimas décadas, la tendencia del sistema de salud mexicano ha estado encaminada hacia la desaparición de la partería tradicional o a su sustitución por la partería profesional. Este hecho, ha dado como resultado la disminución acelerada del ejercicio de la partería tradicional, que se enfrenta tanto a la coacción del sistema de salud estatal, como al asedio de su práctica mediante otros medios, como el empleo condicionado de los programas sociales de asistencia a la pobreza o las limitaciones legales para expedir los certificados de nacimiento de los bebés nacidos en casa.

Encontramos que la partería indígena en México se encuentra vinculada a un amplio marco legal que la reconoce en la misma medida en que la limita y sanciona. Existen leyes y normativas vigentes⁴, que se

² De acuerdo con la Secretaría de Salud (2021) la razón de mortalidad materna calculada es de 54,9 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados.

³ De acuerdo con las cifras de ENDIREH (2016) del 2011 al 2016 el 33,4% de las mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un parto, sufrieron algún tipo de maltrato por quienes las asistieron.

⁴ Al respecto pueden consultarse la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Ley General de Cultura y Derechos Culturales, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como la “Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no

violan y contradicen mutuamente. Sin embargo, este conflicto se encuentra más allá de las contradicciones formales y envuelve una problemática más profunda. Alarcón se refiere a este fenómeno, como un conflicto cuya esencia radica en la expansión del *paradigma biomédico mundial* que colisiona con las prácticas tradicionales de cuidado de la salud entre las comunidades (Alarcón, 2021, p.32).

“El paradigma biomédico mundial es homogeneizante, controlador, acumulador de capital, desarticulador y depredador de las formas de conocer y abordar los procesos de cuidado de la salud” (ibídem). Bajo la óptica del paradigma biomédico, la validez de todos los saberes que no han sido construidos mediante sus premisas es puesta en duda, constituyéndose simultáneamente como la *verdadera* interpretación acerca del cuidado de la salud. Sobre este supuesto se ha edificado el modelo de salud hegemónico, en el cual confluyen además los intereses políticos del estado nacional y la poderosa industria médica y farmacéutica que le acompaña. En el modelo hegemónico, “el hospital cumple también dos funciones adicionales: las de dispositivo de saber/poder del Estado y la de medio de acumulación de capital” (Alarcón y Alarcón, 2021, p.169).

En este trabajo exploramos los aspectos que relacionan y afectan a la partería comunitaria con respecto al paradigma biomédico y el modelo médico hegemónico en México. Revisaremos elementos importantes y puntos de inflexión en torno al sistema de salud pública para caracterizar las condiciones en que se practica la partería comunitaria actualmente. Posteriormente nos referiremos al caso de las comunidades tseltales que, pese a todas las medidas implementadas desde el sistema de salud estatal, buscando controlar, subordinar o sustituir a la partería comunitaria, han logrado mantener sus prácticas tradicionales. Asimismo, visibilizaremos los mecanismos de resistencia que han permitido hacer frente a la violencia sistémica de la que son objeto las parteras y mujeres dentro de estas comunidades, retomando el caso de Amatenango del Valle, por considerar que contiene en sí misma todas las expresiones de resistencia que se implementan entre las comunidades mayas del estado de Chiapas.

Invitamos a los lectores/as a evitar caer en el falso debate acerca de si las prácticas de las parteras son mejores o peores que las prácticas de los médicos y obstetras, la intención de estas líneas no radica en desconocer el mérito y convicciones del personal de salud que asiste el parto con humanidad o idealizar las prácticas de las parteras comunitarias. La intención de este artículo es, por una parte, mostrar que la contradicción radica en que la fundamentación del modelo médico hegemónico contrasta con el paradigma comunitario de atención a la salud, porque sus prácticas han sido elaboradas desde distintos horizontes y preceptos y responden a intereses diferentes; y, por otra, demostrar que la dinámica de todos los procesos históricos tiende a generar resistencias que fisuran las relaciones de poder y conducen a transformaciones esperanzadoras, particularmente en este caso en que las protagonistas son mujeres y el asunto en disputa se refiere a la continuidad de una figura comunitaria de autoridad tradicional que posee un acervo de conocimientos inverosímiles para el cuidado de la mujer, cuya desaparición representaría una terrible pérdida.

2. Metodología

Este artículo se deriva de una investigación cualitativa más amplia, titulada “Sueños y cuidados de la partería tzeltal, procesos críticos y resistencias de la partería comunitaria en Amatenango del Valle, Chiapas” realizada en el marco del Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

Se elaboró a partir de la incorporación de los resultados del trabajo de campo que se realizó durante varios períodos cortos entre 2018 y 2021. Se partió de un enfoque cualitativo que priorizó el uso de herramientas etnográficas de investigación: observación participante, entrevistas semiestructuradas en profundidad, relatos de vida, descripción densa, diarios de campo y vídeo elicitación. Fueron entrevistadas la mayoría de las parteras tradicionales de la comunidad, así como funcionarios y funcionarias públicas,

profesional” expedida por la Secretaría de Salud (SSa). Del mismo modo, México se ha adherido a acuerdos internacionales relacionados con la partería como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales Independientes, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas y la Declaración Conjunta Sobre Parteras Tradicionales OMS/FNUAP/UNICEF.

actores sociales y expertos en el tema de la partería tradicional. Se conformó también un grupo focal con tres promotoras de salud que colaboran en la clínica de la comunidad.

El primer acercamiento a Amatenango del Valle se realizó durante el 2018. En este lapso exploramos la localidad y conocimos a dos parteras tseltales, a quienes visitamos en varias ocasiones y con quienes realizamos entrevistas a profundidad en audio y vídeo. En las primeras visitas fuimos descubriendo que, a diferencia de otros estados del país, las parteras de Amatenango continúan atendiendo partos y brindando sus cuidados tradicionales activamente. Durante este periodo tuvimos la posibilidad de registrar y documentar en audio y vídeo algunos de los saberes que mantienen en práctica.

Posteriormente acudimos a un evento formal en el que se reunieron todas las parteras. En las siguientes visitas, nos dedicamos a recorrer la comunidad en busca del domicilio de todas las parteras de la cabecera municipal. Visitamos a cada partera en su domicilio durante distintas ocasiones con la intención de entrevistarlas y conocer su contexto. Logramos realizar seis entrevistas con parteras tradicionales; es importante mencionar que dos de las parteras que visitamos eligieron no darnos la entrevista por razones personales. Así mismo, realizamos entrevistas a parteras tradicionales de San Cristóbal de las Casas y de otras comunidades.

Para acercarnos a las parteras elaboramos una metodología propia de trabajo. Comenzamos con una conversación informal en la que planteamos el objetivo de nuestra investigación y los preceptos éticos que la respaldan. Posteriormente visitamos nuevamente a las parteras para realizar una entrevista semiestructurada a profundidad en audio o vídeo, sostenida en un guion flexible de preguntas. Una vez obtenido el consentimiento verbal, realizamos una o varias visitas en el domicilio de las parteras para documentar las prácticas de cuidado que realizan día con día y sus trabajos cotidianos.

Una vez que visitamos y entrevistamos a todas las parteras de Amatenango, acudimos a la clínica para entrevistar al personal de salud que brinda servicios en la comunidad. En una de las visitas generamos grupo focal con las promotoras que colaboran con la clínica, por ser un eslabón importante entre el personal de salud, las mujeres de la comunidad y las parteras tradicionales.

Concluido el trabajo de campo se realizó la transcripción de las entrevistas, se clasificaron los vídeos, las fotografías y los audios recopilados. A partir de las transcripciones se realizó un análisis de contenido, identificando conceptos claves y palabras frecuentes en los testimonios usando la herramienta Atlas ti.

Los datos recopilados durante el trabajo de campo fueron correlacionados con la información obtenida de fuentes oficiales y asociaciones civiles para la construcción del panorama general de nuestro tema de investigación; incorporamos la información emitida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el informe del grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) sobre las cifras del nacimiento en casa, la violencia obstétrica y los nacimientos con parteras en México, las cifras de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Relación en los Hogares (ENDIREH), los datos aportados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, así como otras fuentes oficiales. Se elaboró, además, una revisión del marco jurídico y la reglamentación que el estado mexicano ha emitido con respecto al ejercicio de la partería tradicional, durante las últimas décadas.

A través de la revisión histórica y el uso de diversas categorías filosóficas y de las ciencias sociales, en este artículo hemos hilvanado fragmentos de los resultados de investigación y el conjunto de la información recabada, con reflexiones sobre las resistencias que genera el cruce entre el sistema de salud hegemónico y la partería indígena en Amatenango del Valle. Por cuestiones de espacio, hemos tenido que prescindir de la exposición de los testimonios recabados durante la investigación, presentando —en la mayoría de los casos— de manera general los resultados obtenidos del trabajo etnográfico.

3. El paradigma biomédico mundial y el paradigma tradicional de cuidados de la salud, dos miradas que se contraponen

Hablar del paradigma biomédico por una parte y del modelo médico hegemónico por la otra ha de entenderse como un ejercicio meramente metodológico para abordar nuestro tema de estudio, estos elementos simultáneamente se imbrican y complementan y hacen referencia a los diversos niveles de la realidad presentes en un mismo fenómeno a través del cual se vinculan el sistema biomédico de salud y las comunidades tseltales.

Nos referimos al paradigma biomédico mundial como la formulación de un conjunto de relaciones fundamentales que asocian los conocimientos construidos sobre representaciones sistematizadas de alta complejidad técnica conceptual sobre la anatomía, biología, química y fisiología del cuerpo humano, a partir de los cuales se han constituido cuerpos especializados del conocimiento científico (Ortega, 2021 p.275), y que se encuentran vinculadas con la clínica y la instrumentación de tecnologías y medicamentos generados por la industria médica y farmacéutica. Este paradigma "controla todos los pensamientos, discursos y teorías en el ámbito de las acciones concretas de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado" (Alarcón, 2021 p.32) generando las categorías a partir de las cuales se ha definido tanto al *ser sano*, como al conjunto del personal que ha de procurar su salud, así como los espacios, prácticas, ritmos y cuidados que de este proceso derivan, a partir de un conjunto de metodologías para la atención de la salud.

El discurso biomédico se halla sustentado en el *logos* de la racionalidad científica, que fungió como bandera ideológica de la modernidad y que ha constituido la base teórica para el control de una enorme cantidad de procesos naturales, la mayoría generadora de beneficios económicos. Desde su fundamentación metodológica-científica, este discurso se asume a sí mismo como el único verdadero, legítimo y universalmente válido, de manera que todos los saberes que no han sido construidos a partir de las premisas de la racionalidad científica son considerados como falsos, ilegítimos o parciales. Desde esta consideración, el paradigma biomédico construye un discurso de poder que no sólo desacredita los saberes otros, sino que justifica en términos ideológicos su desaparición a fin de llevar la *luz de la razón* a todas partes; *el sueño de la razón produce monstruos*.

Encontramos que las tensiones entre el paradigma biomédico y la partería tradicional tienen su origen en las premisas ideológicas a partir de las cuales el primero ha sido creado y que desacreditan a los paradigmas de salud distintos a éste. Sin embargo, esta tensión representa tan sólo el punto de partida de los diversos desencuentros entre el paradigma biomédico y lo que hemos definido como el *paradigma tradicional de cuidados de la salud* del que se desprende la partería comunitaria.

Por *paradigma tradicional de cuidados de la salud* nos referimos a la articulación de las nociones y conocimientos fundamentados en los preceptos filosóficos y recursos de la cosmovisión indígena, a partir de los cuales se formula una representación singular de lo *real* y una construcción particular de lo *verdadero*, así como las categorías y criterios propios con relación a la salud, de los que emergen sus propios métodos, cuidados y mecanismos de producción y reproducción. La oposición entre este paradigma y el biomédico es ideológico paradigmática no sólo a nivel de *conciencia falsa*, esta oposición se encuentra también desplegada en la determinación categórica que el último genera sobre la salud y por ende, sobre los cuidados y procedimientos en general que devienen de esta definición, la cual se encuentra condicionada por el contexto en que se constituyó a través de la biomedicina. Veámoslo en perspectiva histórica para contar con una visión más amplia de este acontecimiento.

La medicina, como teoría científica de la enfermedad, hablando en términos históricos, es de muy reciente aparición (Martínez, 1997 p.54). El objeto de estudio de la medicina, a partir del último tercio del siglo XIX, quedó exclusivamente enmarcado en el volumen del cuerpo y la detección de las estructuras corporales alteradas que implican, consecuentemente, la alteración de las funciones orgánicas asociadas a ellas (Foucault, 2014 p.132).

En la segunda mitad del siglo XIX, en Europa comenzó a extenderse el modelo de salud pública estatal. Frente a la masificación de los servicios de salud y la subsecuente necesidad de estandarizar la atención a la salud en los ritmos de las sociedades industriales decimonónicas, la respuesta de la medicina fue colocar la materialidad corporal como la fuente de la investigación biomédica, como base orgánica para el diagnóstico y también como destino de los tratamientos para el cuidado de la salud. Se presentó entonces la disyuntiva en la que el personal de salud se debate hasta nuestros días: tratar al enfermo como lo que es, es decir, una persona singular, con atributos particulares o tratarle como una enfermedad, haciendo abstracción de las especificidades que le caracterizan. Sin embargo, tratar una persona enferma no es una cuestión exclusivamente médica: en las dimensiones del modelo de salud pública moderno también involucra al conjunto de aspectos institucionales, administrativos, de productividad; sociales, políticos, entre muchos otros. Frente a tal bifurcación, emergida del enjambre de determinantes involucrados en esta problemática, la elección sistemática fue atender la enfermedad: porque es más productivo, más rápido y de mayor impacto económico, social y político. La visión materialista orgánica se convirtió en la interpretación biomédica de la enfermedad, de la que se derivó una perspectiva universalmente aplicable a cualquier ser humano. Fue a partir de entonces que la medicina científica nacida en Francia empezó su expansión hacia el

resto del mundo, estandarizando las enfermedades como fenómenos en sí mismos, idénticos universalmente (Hernández, 1985, p. 82).

La tendencia a la homogeneidad teórica derivada de la enfermedad en el paradigma biomédico, implicó descartar aspectos y atributos psicosociales y culturales de los pacientes, a los cuales no se les concede implicación alguna en el proceso de *salud-enfermedad*. Firmemente anclado a las banderas de la racionalidad científica que fundamentan este paradigma, la exclusión de los elementos que no son cuantificables, escrutable y susceptibles de ser examinados en serie, se asumió también como un hecho verdadero y universal. Lo material de la cosmovisión científica es lo somático en la biomedicina. Lo único que es motivo de atención, de auscultación, de diagnóstico, de tratamiento.

Por otra parte, la categorización del ser sano, por lo menos en lo que refiere al paradigma tradicional de cuidados de la salud tselta de las comunidades de Chiapas, incorpora elementos que sobrepasan las acotaciones enmarcadas desde la biomedicina. El asunto de la salud desde este paradigma abarca no sólo las cuestiones fisiológicas, también incorpora el conjunto de elementos sociales de la vida comunitaria y relaciona los factores psicológicos, emocionales y espirituales con su categorización de la salud derivando de ello cuidados particulares para cada situación. El asunto del cuidado de la salud es algo que varía de un individuo a otro dentro de la comunidad; por ejemplo, entre las prácticas de la misma partera es posible identificar que los procedimientos que sigue para asistir los partos pueden diferenciarse mucho entre una mujer y otra según sea el caso, los cuales pueden incluir el uso de infusiones, el baño de hierbas, el masaje, el uso de distintas posiciones para parir, el acompañamiento emocional e incluso la realización de rituales y curaciones durante el proceso.

Como el paradigma tradicional no ha nacido de los requerimientos de la producción en serie y la universalización de procedimientos, sino de la atención personalizada que asume la enfermedad y la salud como fenómenos individuales y multicausales enmarcados en el ámbito de la reproducción comunitaria, la concepción que emana acerca de la *salud* es más robusta en cuanto a los factores que involucra, en comparación con las estandarizaciones de la biomedicina. Esta cuestión, desde el discurso biomédico ha generado la descalificación, a veces hasta involuntaria, proveniente del paradigma occidental de la valoración mecánica y automática de lo general, lo único; que descalifica lo plural, concreto, y específico.

4. Del modelo médico hegemónico y los *comunes*

Es posible rastrear la génesis del modelo médico hegemónico como un elemento en el engrosamiento de la estructura política del Estado-nación configurado a partir de la modernidad. La implementación de las reformas flexnerianas en los Estados Unidos durante la primera mitad del siglo XX, plantearon la vinculación explícita entre el paradigma biomédico francés, la formación de médicos exclusivamente a partir de sus premisas y la vinculación entre éstos y los hospitales (Frenk, 1978, p. 25). El modelo de medicina flexneriano, con rapidez se propagó como el modelo hegemónico que adoptarían los distintos Estados-nación alrededor del mundo. Así, el modelo médico hegemónico se constituyó a partir de las formas en que el paradigma biomédico fue incorporado y ejecutado desde el Estado como *saber/poder* en su relación con la clínica, la acumulación del capital y el patriarcado moderno; es decir, en el instante en que el paradigma biomédico se convirtió en un discurso político que entró en escena en el concierto de las relaciones sociales contemporáneas. De esta manera tenemos que en el modelo médico hegemónico existen elementos que sobrepasan el ámbito del paradigma biomédico, pero que son estructurales y estructurantes de éste y que van desde las relaciones de subordinación que se establecen entre el personal médico y la tensión constante en que se desenvuelven las labores al interior de los hospitales; la asimetría de la relación médico paciente que, excluido del saber médico es considerado como ignorante o portador de un saber equivocado y tiende a transformarse en "consumidor de acciones de salud"; hasta la determinación de la salud-enfermedad como mercancía, a partir de las relaciones que se establecen a diversos niveles entre el hospital y la industria farmacéutica y médica, la que se genera entre estos complejos industriales y las prescripciones de los médicos a sus pacientes y la que se establece a partir de los servicios de salud en sí mismos (Menéndez, 1990, p. 87). En contraste, entre las comunidades tseltales, encontramos la ausencia de un discurso que modele los cuidados de la salud comunitaria o los circunscriba a un espacio distinto a la comunidad, ni que vincule al conjunto de las prácticas de cuidado como una sola vertiente organizada.

Desde la cosmovisión comunitaria, al ser el cuidado a la salud un hecho infinitamente diverso, se escapa de las formas en que entendemos los modelos de salud occidentales e incluso podríamos afirmar que para poder enmarcar sus prácticas dentro de un modelo tradicional sería necesario forzar esta categoría, puesto que, por una parte, carece de elementos modeladores desde la óptica occidental y, por otra, los sobrepasa. En su lugar, es posible encontrar mujeres y hombres portadores de saberes especializados sobre los cuidados de la salud (parteras, hierbateras, curanderas, hueseras y mujeres y hombres de la comunidad en general) que no necesariamente se encuentran vinculados entre sí y que practican sus cuidados en el marco de la reproducción de la vida comunitaria.

Desde la cosmovisión tseltal las prácticas de cuidados de la salud forman parte de lo que diversas autoras han definido como bienes comunes y que poseen la cualidad de estar constituidos desde ópticas ajenas a las relaciones sociales occidentales y de acumulación de capital (Vega, 2018). "Lo comunitario contradice al capital, supera al individualismo y se basa en la concepción de bienes comunes; el agua, los bosques, la tierra, los conocimientos, las relaciones humanas y la sabiduría que guarda memorias que nos fortalecen" (Federici, 2018, p. 108).

Observamos a lo largo del trabajo en campo, que las parteras de Amatenango no establecen cuotas por sus cuidados, existe dentro de la comunidad en cambio, la costumbre de retribuir su labor de diversas formas: mediante alguna cantidad variable de dinero, a través de regalos que incluyen frijoles, maíz, pan, pox, chocolate, refrescos, gallinas y otras retribuciones en especie. Los cuidados que desempeñan las parteras no se encuentran mercantilizados, sino que son practicados entre la comunidad a partir de los vínculos que las mujeres establecen libremente, en contraste con lo que ocurre en la sociedad occidental, al interior de las comunidades ninguna mujer carece de acompañamiento durante su embarazo y parto.

Las prácticas de cuidado de las parteras indígenas están enmarcadas en los *comunes* que se articulan en torno al cuidado de la vida y la reproducción de la comunidad. De manera que las tensiones que emergen de la relación entre el modelo médico hegemónico y la partería replantean toda la estructura de organización social comunitaria y tienden al debilitamiento de este tejido social.

5. El sistema de salud en México y la partería comunitaria en Amatenango del Valle, Chiapas

El modelo médico hegemónico y el paradigma biomédico mundial son los elementos que acuerpan al sistema de salud del estado mexicano; no obstante, el choque entre la partería indígena y el sistema de salud debe entenderse como una afluente del gran delta en el que desembocan las comunidades tseltales en el océano de las relaciones de acumulación capitalista y el patriarcado moderno que las reviste.

El sistema de salud mexicano que ha desplegado su influencia a lo largo de todo el país ha reproducido a nivel sistemático, en mayor o menor medida, los elementos del modelo biomédico, tornándolos hegemónicos y remplazando o subordinando con ello los saberes y las relaciones sociales establecidas previamente en torno a los cuidados de la salud. Aun cuando se afirma de todas las maneras posibles lo contrario, la atención de la salud desde la perspectiva del Estado nación no reconoce diferencias culturales de los "usuarios" de atención médica. Del mismo modo, la relación que se ha establecido con la partería comunitaria denosta los saberes de las parteras y las subordina a los ritmos, los espacios y los requerimientos del sistema de salud nacional.

La manera en la que se vinculan el sistema de salud mexicano y la partería tanto desde la óptica del paradigma biomédico como desde la articulación del modelo médico hegemónico que le reviste es tan extensa y posee tantas variables que podríamos redactar un artículo sobre los puntos nodales de esta relación, entre los cuales se dejan entrever las barreras ideológicas provenientes del discurso biomédico que buscan la sustitución de los saberes de las parteras por conocimientos y procedimientos gineco-obstétricos o los múltiples mecanismos de subordinación e imbricamiento de sus prácticas desde el modelo médico hegemónico. Por cuestiones de espacio tendremos que acotarnos a mencionar los aspectos más elementales de estas tensiones, que han incidido directamente entre las prácticas de las comunidades tseltales.

A lo largo de todo el país, la Secretaría de Salud ha intervenido desde hace décadas de diferentes maneras entre las comunidades buscando controlar y subordinar las prácticas de las parteras tradicionales, indígenas y comunitarias. Como resultado de estas políticas, en muchos estados del país se ha conseguido eliminar la atención de nacimientos por parteras, quienes se limitan a acompañar el embarazo y puerperio de las mujeres de sus localidades. Sin embargo, estas medidas no han tenido el mismo efecto entre las comunidades tseltales en donde las parteras continúan ejerciendo su oficio, brindando a las mujeres una amplia gama de cuidados durante el parto⁵.

Amatenango del Valle es una comunidad tselta de 5.920 habitantes (INEGI, 2022b), se caracteriza por ser un pueblo alfarero y agricultor, actividades con las que se relaciona más del 90% de su población. De acuerdo con las cifras del INEGI (ibídem), más de una cuarta parte de la población de este municipio no cuenta con acceso a servicios de salud y según el censo de población y vivienda de 2020, cuatro personas representan el total del personal médico de instituciones públicas en todo el municipio. El idioma que hablan el 90% de los habitantes de esta demarcación es el maya-tselta, siendo el castellano su segunda lengua. En el centro de la comunidad se encuentra una Unidad Médica Rural, en donde se proporciona atención médica primaria a la población. La unidad está organizada a partir de una médica que la dirige, que cuenta con personal auxiliar de la secretaría de salud y también con promotoras de salud voluntarias. En la unidad médica, además, el personal imparte periódicamente cursos de capacitación a las siete parteras comunitarias que habitan en la cabecera municipal. El contenido de las capacitaciones está construido desde la visión biomédica, donde se abordan temas distintos relacionados con el reconocimiento de emergencias obstétricas y los protocolos a seguir en esos casos. Se habla igualmente de los partos atendidos, temas de nutrición, de planificación familiar, de la importancia de referir a las mujeres a la clínica o del uso de los medicamentos y algunos artículos de la industria médica y farmacéutica obstétrica. Mediante este vínculo, la Secretaría de Salud también entrega a las parteras insumos (perillas, pinzas, *clamp* umbilical, guantes, etcétera) para que asistan los partos.

Desde la Unidad Médica Rural, a través de las promotoras de salud, se tiene ubicado el domicilio de cada partera. Durante el trabajo de campo nos sorprendió descubrir que incluso la pared exterior de la casa de las parteras que han sido reclutadas por la institución de salud, están pintadas con leyendas que promocionan acudir a las instituciones de salud mas no a las parteras, con leyendas como la que sigue: "Si estas embarazada, acude a tu control en tu clínica, a partir de los dos meses te ayudamos en tu salud de ti y de tu hijo, IMSS" [sic].

Las capacitaciones han incidido en la transformación de las prácticas de las parteras que han ido implementando nuevos elementos y herramientas, en sustitución de muchas otras que han quedado atrás. No obstante, un hallazgo importante del trabajo de campo fue observar que, a pesar de que en Amatenango se reproduce el mismo modelo que ha desarticulado las prácticas de las parteras en el resto del país, en esta localidad las parteras comunitarias mantienen muchas de sus prácticas tradicionales y rituales, las cuales han resistido al avance del modelo médico hegemónico que continuamente las invalida. Asimismo, algunas parteras también refieren que durante las capacitaciones han sido violentadas verbalmente por parte del personal que dirige estas actividades, recibiendo maltratos.

La relación que se establece entre las parteras y el personal de salud es vertical, sus actividades son escrutadas por las promotoras de salud, cuya tarea también es vincular a la comunidad con la clínica, así como implementar las campañas de salud estatales. Las parteras que se encuentran registradas en la clínica deben entregar informes mensuales con el registro de los partos que han asistido, el sexo de los bebés, su fecha de nacimiento y el peso que tuvieron al nacer. De esta manera, las parteras tradicionales y las promotoras voluntarias de salud completan el esquema de eslabones entre las mujeres, la comunidad y el personal médico, un esquema jerárquico organizado según el modelo médico hegemónico en el cual, como en los otros espacios clínicos, los médicos tienen la última palabra. El efecto de todos estos elementos se traduce en el avance del paradigma biomédico que ha logrado incidir en las prácticas y saberes tradicionales de las parteras tseltales:

⁵ Con base en el registro del INEGI (2022a) se comprobó que, durante los últimos cinco años, en Chiapas ha habido un aumento en la atención de partos domiciliarios (con partera o enfermera). De acuerdo con las estadísticas, en 2018 los médicos asistieron 68.915 nacimientos, mientras que 40.178 bebés nacieron en casa (el 36,8%); en 2019 73.553 partos sucedieron con médicos en instituciones de salud y hubo 46.643 (38,8%) nacimientos domiciliarios; en 2020 los partos hospitalarios sumaron 51.045, en tanto que los bebés que nacieron en su domicilio fueron casi la mitad: 46.201 (47,5% de los nacimientos totales).

“Tratamos de trabajar a la par con las parteras, nosotros tenemos una estructura comunitaria que va desde los médicos y el personal de salud, posteriormente vienen las voluntarias y las parteras, las voluntarias son personas estratégicas en puntos estratégicos de la comunidad, ellas tienen la capacidad de localizar a las embarazadas y ellas mismas dar el manejo. Se les capacita para decir si se considera un embarazo de alto o bajo riesgo y de incitar a la población a tener confianza hacia el personal médico (...) La población tiene cierto recelo con el personal médico, entonces la función de las parteras es mejorar el nivel de salud y las prioridades que tiene la institución. Decimos: bueno si estamos viendo que tenemos diez personas y de esas diez, ocho confían plenamente en una partera y dos en el personal médico de salud; por qué no vincularnos, darles el valor que ellas tienen, capacitarlas para que ellas mejoren y así tal vez no vengan conmigo, pero estoy consciente de que si llega una embarazada con ellas tienen la capacidad de darles una atención correcta y de derivar a un segundo nivel si consideran que no es viable que atiendan el parto. Cumplen una labor bastante importante al menos en esta comunidad, porque a veces hay cosas que como médicos no nos enteramos por esa falta de confianza hacia la institución, tenemos nuestros puntos estratégicos que son ellas, que se abren hacia la comunidad y captan a las mujeres” (Médica encargada de la Unidad Rural de Amatenango, entrevista).

Pese a la condición de subordinación en la que las parteras participan en la unidad médica y pese a los factores que se han desplegado buscando concentrar los nacimientos en la clínica, en Amatenango las parteras son muy respetadas por la comunidad y las mujeres buscan su acompañamiento parcial o total durante su embarazo, parto y puerperio, para recibir la amplia gama de cuidados que ellas proporcionan por encima de la oferta clínica. El hecho de que sus saberes pervivan con tanta fuerza contrasta con las prácticas de parteras de otros estados del país en los que incluso ya se ha dejado de ejercer el oficio por completo⁶.

Las parteras gozan de un prestigio importante en Amatenango del Valle, el reconocimiento de la comunidad hacia ellas incluso ha provocado que algunos de los elementos planteados desde la reglamentación de la Secretaría de Salud, para considerarlas *personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica* (LGS, 1983), como la obligación de saber leer y escribir o hablar español, sean pasados por alto por el personal de la unidad médica, con tal de mantener la vinculación con ellas y conservar la intermediación con las mujeres de la comunidad que se rehúsan a asistir a la clínica. Las prácticas que afectan el ejercicio de la partería tradicional no irrumpen en la comunidad de forma aislada, sino que forman parte del complejo cultural que acompaña a la reproducción de las relaciones sociales capitalistas que subsume a la región.

6. Resistencias de la partería tseltal en Amatenango del Valle, Chiapas

La cultura tseltal proviene del viejo tronco de la cultura maya y de su cosmovisión. Las parteras de estas etnias han logrado conservar vivas —aunque no intactas— profundas raíces culturales a través de su lengua, su forma de vida, sus valores, ritos y textiles. Además de una amplia diversidad de conocimientos terapéuticos tradicionales que se mantienen en práctica hasta nuestros días.

En Amatenango, la cosmovisión tseltal ocupa un lugar importante en la conformación de la reproducción social comunitaria y, a pesar de que las relaciones sociales de acumulación capitalista representan las relaciones hegemónicas, éstas no se reproducen en su estado íntegro al interior de la comunidad, en la cual por lo menos a nivel de familias o barrios, prevalecen lazos de solidaridad y reciprocidad, así como *bienes comunes*, en torno a los cuales se reproduce la vida comunitaria. De esta manera, las prácticas de la partería tseltal se han mantenido vivas por siglos, junto con el resto de los elementos culturales que la recrean, está tejida a la cosmovisión, la lengua y las relaciones comunitarias; “si el hacer común tiene algún sentido éste debe ser el de producirnos a nosotros mismos como sujeto común” (Federici, 2011, p. 6; en Vega, 2018, p. 40).

⁶ En el tema de partería, Chiapas representa un caso particular, pues el número de nacimientos en el hogar y de partos asistidos por parteras es del 30,0% -el más alto del país- en contraste con estados como Nuevo León, en donde los nacimientos en casa ya no suceden (INEGI, 2022a).

La partería pervive como parte de una resistencia cultural y también es parte de una *cultura de resistencia*⁷ desde donde ha logrado preservar sus saberes tradicionales, frente a los múltiples procesos que han sido impulsados desde el Sistema de Salud para controlarla y subordinarla.

Un hallazgo del trabajo de campo fue descubrir que la partería tradicional se encuentra continuamente sostenida por el profundo vínculo que prevalece entre la comunidad y su cosmovisión. La resistencia de la práctica de las parteras indígenas representa en sí misma un elemento disruptivo en las relaciones de poder, que se contrapesa a partir de la resistencia de la cosmovisión comunitaria de la que forma parte y a la que simultáneamente ayuda a reproducirse. Desde su paradigma de cuidados de la salud, las mujeres asocian el embarazo y el nacimiento de las nuevas generaciones a un entorno distinto a la clínica, además la labor de las parteras, tan frecuentemente solicitada por las mujeres de la comunidad, no sólo responde a sus necesidades fisiológicas, sino que atiende el amplio abanico de cuidados que desde la cosmovisión tseltal se desprenden como los cuidados *comunes* de la vida y que abarcan también las dimensiones psicológicas, emocionales, familiares, espaciales, rituales e incluso lingüísticas. Esta vinculación no se lleva a cabo en la clínica o en algún espacio que se diferencie de los entornos de reproducción de la vida diaria en la comunidad, el vínculo entre mujeres y parteras ocurre en la casa de las mujeres tseltales, en un ámbito privado que escapa de la vigilancia del modelo médico hegemónico y del Estado que lo articula, precisamente por desarrollarse en el eslabón final de las relaciones sociales comunitarias, es decir, en el núcleo familiar indígena.

Pero hablar de cultura de resistencia entre las mujeres tseltales que una y otra vez continúan acudiendo a las parteras para solicitar sus saberes y cuidados no es un proceso mecánico ni algo que ocurra por una especie de "inercia de la cosmovisión", es algo que tiene que ver con la decisión consciente y firme de las mujeres tseltales que deciden la forma en la que quieren parir, en un entorno íntimo y familiar, rodeadas de su círculo afectivo más cercano y junto a otras mujeres que hablan su idioma y, por lo tanto, se comunican con ellas desde sus categorías y representaciones simbólicas, acompañadas por otras mujeres que han atravesado antes por la experiencia de parir y por las parteras comunitarias que poseen un amplísimo acervo de saberes y cuidados para acompañarlas durante el nacimiento de las nuevas hijas de la comunidad tseltal. Las mujeres de la comunidad continúan pariendo en casa porque es en donde se sienten cómodas, seguras y respetadas. Así, la partería comunitaria se ejerce desde un paradigma que coloca la vida en el centro y alrededor de ella se tejen relaciones sociales que ayudan también a la reproducción y a la resistencia de la cultura tseltal.

Las parteras logran ejercer sus prácticas en la vida cotidiana porque, independientemente de todas las políticas públicas y factores que han afectado su labor, estas prácticas son validadas por su comunidad, su labor es ampliamente solicitada entre las mujeres que acuden a ellas en su condición de mujeres y de indígenas, dos condiciones que al relacionarse, plantean tanto carencias estructurales y de género, como demandas culturales y paradigmáticas que la oferta de la unidad de salud es incapaz de satisfacer. La partería comunitaria no se valida por el paradigma biomédico ni por el Estado sino por las mujeres y familias que siguen solicitando y recomendando su atención.

Finalmente, para completar el esquema de la resistencia de la partería tseltal que hemos realizado, es necesario incorporar otro elemento significativo en el tejido de resistencias de la partería comunitaria en Amatenango del Valle y del cual no hemos hablado hasta ahora: es la relación que las parteras y la comunidad en general guardan con respecto al zapatismo, la cual muestra los complejos intersticios de la vida social en esta localidad y contribuye a profundizar en los contextos en que se producen los intercambios comunitarios en las fronteras entre los territorios tseltales zapatistas y no zapatistas.

Por su ubicación, el municipio de Amatenango del Valle se encuentra dentro de la zona de influencia de las comunidades autónomas vinculadas con el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN); en los barrios periféricos que integran la cabecera municipal de la comunidad, existen colonias que pertenecen a las comunidades autónomas zapatistas y cuya población no guarda vinculación alguna con las instituciones del gobierno mexicano, mas no así con la población de Amatenango. Incluso, desde algunos puntos del centro de la cabecera municipal, hacia el sur, entre las montañas se alcanzan a contemplar a simple vista algunas casas de Tulan Ka'ú, que forman parte del *Caracol* 11 instalado desde 2017 en ese municipio.

⁷ Aróstegui liga los conceptos de resistencia y cultura, define como *cultura de la resistencia* al "proceso de elaboración ideológica transmitida a determinados agentes sociales que la asumen en forma de rechazo a lo artificialmente impuesto, de asimilación de lo extraño cuando sea compatible con lo propio y, por consiguiente, de desarrollo cultural, de creación de lo nuevo por encima de lo heredado" (González, 2003, p. 8).

Algunas familias de Amatenango del Valle pertenecen o simpatizan con las comunidades autónomas vinculadas a través del Caracol y, por lo tanto, implementan otra manera de vivir y organizarse dentro de la localidad, sin romper el vínculo con la población tseltal. Al interior de las comunidades autónomas existen parteras zapatistas que no colaboran con la Unidad Médica Rural y que se organizan de manera alterna a ésta, las parteras zapatistas se encuentran integradas en un modelo de salud autónomo a partir del cual organizan los cuidados de la salud entre sus comunidades. Sin embargo, en el trabajo de campo también descubrimos que las parteras tradicionales no zapatistas de Amatenango sí acompañan los nacimientos de mujeres de familias zapatistas cuando son solicitadas, asistiendo a las casas de las mujeres de las comunidades autónomas vecinas para realizar sus prácticas de cuidados. Amatenango es un río en el que se vierte agua de distintas resistencias; la resistencia cultural tseltal, las resistencias del EZLN, y las resistencias de las mujeres indígenas (parteras y quienes acuden a ellas sin distinciones).

Observamos que, en todos sus casos, la cosmovisión de las comunidades tseltales representa el punto de partida y retorno final de todas las resistencias que se gestan dentro de las comunidades indígenas en la región, así como el punto de convergencia de los habitantes de este territorio. Ya sea desde el zapatismo o a partir de expresiones más focalizadas de estas resistencias, es la cosmovisión comunitaria la que frena la inercia del avance de las relaciones sociales capitalistas y produce distintos resultados según las condiciones particulares de las localidades donde se gestan dichas resistencias.

Es fundamental señalar el estado de vulnerabilidad que las orientaciones construidas desde el modelo médico hegemónico han generado para la partería tradicional, lo es en la misma medida que se vuelve imprescindible asumir la realidad social como un complejo dinámico en el cual todas las actoras sociales pueden incidir para la continuidad o transformación de la inercia de las relaciones de poder y del conjunto de las relaciones sociales. Si Chiapas es al momento, el estado con mayor número de nacimientos en casa y con mayor cantidad de parteras comunitarias activas, no es gracias a la sesgada visión de subordinación e incorporación al modelo médico hegemónico promovida desde las unidades médicas, centros de salud y hospitales; esto se explica por la profunda resistencia cultural que desde diversos afluentes corre por la sangre de sus comunidades indígenas, que contra todo pronóstico han logrado proponer y construir alternativas efectivas y duraderas para la reproducción de la vida que no están vinculadas necesariamente con las representaciones y construcciones de la realidad racional instrumental del capitalismo contemporáneo. Esto no invalida el efecto nocivo de las políticas de subordinación ejecutadas hacia la partería ni la violencia sistémica que esto supone; sin embargo, sitúa a la partería comunitaria en un terreno más fértil que le ha permitido prevalecer.

7. Conclusiones

La comunidad de Amatenango vista como una *formación económico social*, constituye una producción histórica y cultural particular de los distintos niveles de la realidad social que confluyen en Chiapas, donde se expresan coordenadas sociales específicas entre las cuales se reproduce la partería tradicional en nuestros días. El acto de resistencia supone la presencia de un *elemento otro* que ejerce la relación de poder que se fisura con el accionar de este mecanismo, en nuestro objeto de estudio, este elemento que recrea la relación de poder proviene de la subsunción capitalista, articulada en la subordinación económica y política de la región hacia los poderes estatales y el mercado, así como por el conjunto de instituciones que operativizan y despliegan la cosmovisión occidental moldeada en la acumulación de capital.

Existe una diferencia esencial entre el modelo médico hegemónico y las prácticas tradicionales de cuidados de la salud, el primero ha sido estructurado para estandarizar el cuidado de la salud y volverlo universalmente aplicable al tiempo que individualiza su acceso, a través de esto, el proceso salud-enfermedad bajo su forma de mercancía (de manera directa o indirecta) (Menéndez, 1990, p. 87) se vuelve un fenómeno inseparable del modelo biomédico, cuya estandarización también lo ha vuelto universalmente un bien consumible. Los cuidados tradicionales de la salud por otra parte atienden particularidades en cada *persona*, emanan de un tejido comunitario desde donde los cuidados de la vida representan un bien *común*, que prioriza la búsqueda del bienestar común de las mujeres, los bebés y las familias de la comunidad por encima de las ganancias monetarias:

Los *comunes* tienen muchas dimensiones, que fortalecen y reconstituyen el sistema social, se trata de un conjunto de intereses en común que giran en torno al cuidado de la vida. Recuperar los saberes

comunes de las mujeres es un acto vital que adquiere un tinte político en estos tiempos de desesperanza en los que el sistema patriarcal opera bajo terribles lógicas de violencia sobre los cuerpos de las mujeres (Federici, 2018; Cabnal, 2010).

La partería comunitaria, se compone de elementos teóricos y prácticos para brindar atención a las mujeres desde un enfoque femenino, que prioriza su atención integral, el cuidado, la libertad y el respeto a sus cuerpos. No obstante, a pesar de que la partería no se asume ni se articula claramente desde los feminismos, posee elementos que la vinculan intrínsecamente con éstos. Su navegar contracorriente cuestiona la subordinación del cuerpo femenino, la cual posee diversas connotaciones que rebasan el ámbito estrictamente médico y la sitúan en la perspectiva de la dominación de género.

El Estado ejerce poder sobre los cuerpos de las mujeres de distintos modos y legitima sus prácticas mediante leyes, normas y otros dispositivos que actúan a diferentes niveles. Esta relación de poder atraviesa y controla los cuerpos de las mujeres, la primera violación del cuerpo se encuentra en el nacimiento, donde se impone a las mujeres desde la clínica cómo y dónde parir, con quiénes y a qué ritmos. Es por esto que las implicaciones de lo que acontece en Amatenango adquieren una importancia política; donde las mujeres han logrado parir y nacer escapando de esos mecanismos de control, donde sus cuerpos resisten a ser homogeneizados y colonizados.

La vinculación de la gestación como un proceso patológico articulado a la biomedicina, y la subsecuente descalificación y eliminación de los conocimientos femeninos acerca de sus cuerpos y sus procesos, debe entenderse en el marco de la violencia sistémica ejercida contra las mujeres, a partir de la cual las decisiones sobre nuestro cuerpo son tomadas por instituciones —generalmente por hombres—, que investidas por el discurso biomédico generador de *poder/verdad*, deciden qué es lo adecuado y correcto sobre nuestros procesos fisiológicos, convertidos en padecimientos. Violencia sistematizada a través de los discursos de la racionalidad científica que han atravesado los procesos de colonización de los pueblos en la expansión del capitalismo y cuya pinza cierra la subordinación de los cuerpos de las mujeres a través del sistema de salud que supone poseer cuerpos, potencia y “productos” de estos cuerpos (Vega, 2018, p. 39).

La naturaleza de los procesos sociales es contener frente a las relaciones de poder una alternativa de resistencia que ha sido explorada en mayor o menor medida por las actoras sociales y que ha terminado por incidir a distintos niveles en la modificación de las relaciones de poder. Este hecho ha quedado patente particularmente en regiones como el sureste mexicano, donde la llama de la resistencia arde en la autonomía desde hace décadas.

Referencias bibliográficas

- Alarcón, R. (2021). El etnocidio de la partería tradicional indígena tseltal-tsotsil, ¿maquinación de una profecía autocumplida? En R. Alarcón (Ed.). *Las parterías tradicionales en América latina, cambios y continuidad ante un etnocidio programado* (pp. 23-68). Luscinia.
- Alarcón R. y Alarcón, T. A. (2021). Las parterías tradicionales indígenas en México: una aproximación a su exclusión social y desaparición desde la ética y la bioética. En R. Alarcón (Ed.). *Las parterías tradicionales en América latina, cambios y continuidad ante un etnocidio programado* (pp.165-184). Luscinia.
- Cabnal, L. (2010). *Feminismos diversos: el feminismo comunitario*. ACSUR.
- Carrillo, A. M. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *DYNAMIS. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, (19),167-190.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020) [Medición de la pobreza]. Recuperado el 15 de enero de 2022, de: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalncio.aspx>
- ENDIREH. (2016). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, México.
- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Traficantes de sueños.
- Foucault, M. (2014). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- Frenk, J. (1978). Cuadro clínico de la enseñanza de la medicina mexicana. *Nexos*, (1), 21-32.
- González, M. (2003). Cultura de la resistencia, una visión desde el zapatismo, *Liminar: estudios sociales y humanísticos*, 1(2), 6-25.
- Hernández, G. (1985). *Desarrollo económico-social y políticas estatales de salud en México (1876-1984)*, Tesis de licenciatura en sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Características de los nacimientos registrados en México durante el 2020, Comunicado de prensa 535, [comunicado de prensa de INEGI]. <https://bit.ly/3JYhxTZ>
- (2022a). [Natalidad y fecundidad]. Recuperado el 05 de enero de 2022, de: <https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/>
- (2022b). [Demografía y sociedad]. Recuperado el 05 de enero de 2022, de: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
- Ley General de Salud. (1984). https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- Martínez, F. (1997). La medicina científica y el siglo XIX mexicano. Fondo de Cultura Económica.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol, saber y hegemonía médica*. Alianza.
- Ortega, J. (2021). El saber de las parteras mayas en Yucatán: eje de cultura a favor de la prevención de los riesgos obstétricos y las muertes maternas. En R. Alarcón (Ed.). *Las parteras tradicionales en América latina, cambios y continuidad ante un etnocidio programado* (pp. 285-322). Luscinia.
- Romero, J. A. (2012) Promoción del empoderamiento de género en la población indígena en Querétaro, México, a través de la difusión de la salud reproductiva por parte de las parteras. *Estudios sociales* 20(40), 293-312.
- Secretaría de Salud. (2021). Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna, semana 52 del 2021, información de la Dirección General de Epidemiología. <https://bit.ly/3lUnVdy>
- Vega, C., Martínez, R., y Paredes, A. (2018). *Cuidado, comunidad y común. Extracciones, apropiaciones y sostenimiento de la vida*. Traficantes de Sueños.

Breve CV de los autores/as

Diana Álvarez Romo es antropóloga visual y documentalista, con experiencia en investigación, docencia, comunicación y promoción de la salud. Antropóloga social por la ENAH y maestra en Antropología Visual y Documental Antropológico por la FLACSO, Ecuador. Actualmente se encuentra cursando el doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM Xochimilco. Ha trabajado temas relacionados con medicina social, saberes tradicionales y salud intercultural.

Gilberto Hernández Zinzún es Doctor en antropología por la Facultad de Filosofía y Letras y el Instituto de Investigaciones Antropológicas, ambos de la UNAM. Actualmente profesor Titular en la Carrera de Médico Cirujano de la Fes Iztacala, UNAM, y profesor del posgrado de Antropología en Salud del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la UNAM. Líneas de investigación: educación y epistemología médicas, antropología y sociología de la salud en México.

Declaración de autoría CRediT

Conceptualización: D.A.R., G.H.Z, Metodología: D.A.R. Validación: D.A.R., G.H.Z, Análisis formal: D.A.R., Investigación: D.A.R., Recursos: D.A.R., G.H.Z, Redacción: D.A.R.