

Hacer nacer: el *performance* de las parteras tradicionales indígenas

Daniela Magdalena Padilla González*
Marco Antonio Fernández Nava**

Para nuestro amado
12 de febrero de 2017

Resumen

A propósito del documental *La partería tradicional. Saberes y prácticas en riesgo*,¹ este artículo ofrece una perspectiva sociológica sobre las experiencias de las parteras tradicionales, inseparablemente comprensibles a través de su relación con las mujeres gestantes. A partir de los testimonios vertidos, el abordaje teórico de dicha relación, desde nuestra propuesta, se asume como *performance*, cuyo significado ha sido construido, con base en los testimonios autobiográficos de las parteras, como un conjunto de elementos que posibilitan acercarse y comprender la experiencia del “hacer nacer” como acto político. Mediante el análisis sociológico de las interacciones, las prácticas y los discursos retratados en el filme, se describe cómo las parteras tradicionales encarnan roles de cuidado, solidaridad

* Doctorante en Sociología, UAM-Azcapotzalco; docente de la Academia de Ciencias Sociales e Historia, Colegio de Bachilleres, plantel 2 “Elisa Acuña Rossetti”. Líneas de investigación: acción colectiva, sociología del cuerpo y las emociones. Correo electrónico: [danielamagdalena.padilla1@bachilleres.edu.mx] / ORCID: [0009-0006-9046-2242].

** Doctor en Sociología, UAM-Azcapotzalco; docente de la Academia de Ciencias Sociales e Historia, Colegio de Bachilleres, plantel 8, Cuajimalpa. Líneas de investigación: acción colectiva, sociología del cuerpo y las emociones. Correo electrónico: [marcoantonio.fernandez@bachilleres.edu.mx] / ORCID: [0009-0003-7280-0314].

¹ INAH. Coordinación Nacional de Antropología (2021), “La partería tradicional. Saberes y prácticas en riesgo, Youtube, [<https://www.youtube.com/watch?v=L0LmW4Dq4jo>].

femenina, apoyo emocional y transmisión cultural. Asimismo, se enfatiza la partería tradicional no sólo como un modelo más de atención al parto, sino también, en sus implicaciones socioculturales y políticas, en tanto conocimiento arraigado en la experiencia comunitaria.

Palabras clave: partería tradicional, *performance*, experiencia, ritual, comunidad.

Abstract

Regarding the documentary *Traditional Midwifery: Knowledge and Practices at Risk* (Sevilla, 2021), this paper offers a sociological perspective on the experiences of traditional midwives, inherently understandable through their relationship with pregnant women. Drawing from the testimonies provided, the theoretical approach to this relationship, from our proposal, is understood as a performance, whose meaning has been constructed based on the autobiographical testimonies of midwives, as a set of elements that enable approaching and understanding the experience of “bringing forth” as a political act. Through sociological analysis of the interactions, practices, and discourses depicted in the film, the article describes how traditional midwives embody roles of care, female solidarity, emotional support, and cultural transmission. Furthermore, emphasis is placed on traditional midwifery not only as another model of childbirth care but also on its sociocultural and political implications, as knowledge rooted in community experience.

Keywords: traditional midwives, performance, bodily experience, model of childbirth care, community.

La partería tradicional como *performance*

Si bien el término “performance” se ha abordado en diversas investigaciones y reflexiones teóricas, tanto en el campo de las artes como de

las ciencias sociales, en este artículo se propone utilizar este concepto desde la perspectiva “dramatúrgica” de los estudios del performance. Esta corriente, inspirada en el trabajo del antropólogo Victor Turner, se centra en el entendimiento de los individuos y grupos sociales como agentes que escenifican sus propios dramas sociales. Desde este enfoque, el performance se concibe como el modo en que las personas se presentan ante los demás y buscan influir en sus circunstancias a través de representaciones de sí mismos (Taylor, 2024: 17).

Herederos de su propensión vanguardista, el área artística que aborda los estudios del performance enfatiza su originalidad, cualidad transgresora y autenticidad. Sobre esta perspectiva, algunas críticas han señalado el carácter ahistórico y discriminatorio de este enfoque sobre experiencias protagonizadas por actores sociales que, si bien no pertenecen a las altas esferas del mundo artístico, contribuyen también al conocimiento. Desde un punto de vista anticolonialista y en palabras de Taylor, el “performance, como acto reiterado, hace visible otras trayectorias culturales y nos permite resistir la construcción dominante del poder artístico e intelectual” (2024: 19). Por lo tanto, en este artículo, ubicamos la partería tradicional indígena como performance; es decir, siguiendo a Turner, como un acto simbólico que, al ser copartícipe de la construcción de la memoria y la historia (Roach, citado en Taylor, 2024: 22), refuerza la continuidad del saber.

De esta manera, el performance, no desde su carácter efímero, sino desde su apuntalamiento hacia la interacción constante, histórica y situada de lo social y lo individual ofrece posibilidades para hacer observable las experiencias de las parteras tradicionales indígenas representadas en el documental, como una práctica en que lo estético, lo político y lo sociocultural permiten dar cuenta de un modelo de atención al parto cuya riqueza histórica y valor social reclaman la mirada hacia sí.

La categoría de performance en el contexto de la partería tradicional indígena puede entenderse como un acto en que la práctica ritualizada del parto, protagonizada por dos cuerpos que se encuentran, el de la partera y la gestante, adquiere un significado profundo. A través de la repetición de esta práctica a lo largo del tiempo, se confi-

gura una interacción particular entre estos cuerpos, que trasciende lo meramente físico y se convierte en un proceso cargado de significado cultural y social. En este sentido, el performance del parto no sólo implica la atención médica en sí misma, sino también actúa como un ritual que fortalece los lazos comunitarios y la cohesión social.

La partera, al guiar a la gestante a través del proceso de parto utilizando técnicas tradicionales y conocimientos transmitidos de generación en generación, no sólo cumple una función práctica, sino también encarna el papel de guardiana de la cultura y la memoria colectiva de su comunidad. Por otro lado, la gestante, al participar en este acto ritualizado, no sólo recibe cuidados físicos, sino también se conecta con su propia historia cultural y la de su comunidad, fortaleciendo así su sentido de pertenencia y su identidad colectiva. En breve, el performance de la partería tradicional indígena va más allá de la simple práctica clínica; es un acto cargado de significado cultural y social que contribuye a la cohesión y la identidad de la comunidad en la que se lleva a cabo. Es un acto político y social, ya que proporciona una atención integral a las mujeres y sus familias estableciendo vínculos afectivos y de confianza entre los miembros de la comunidad en la que ejercen su oficio.

De la mano de Taylor, para dar cuenta y así comprender el performance no desde su cualidad vanguardista o de novedad, sino como acto vital de transferencia que permite que la identidad y la memoria colectiva se transmitan a través de acciones reiteradas, la propuesta es enfatizar la funcionalidad del performance en tanto posibilidad legítima de transmisión de saber social, memoria y sentido de pertenencia.

Una mirada sociológica al performance del hacer nacer

De manera coincidente, para subrayar el performance como ceremonia compartida, Robbie Davis-Floyd (1993) aborda las prácticas obstétricas como rituales que son profundamente simbólicos e imitativos, ya que al repetirse constantemente facilitan la internalización

de valores culturales, tal como ocurre, desde su perspectiva, en el caso de las sociedades tecnocráticas, cuyos valores se reproducen mediante prácticas de atención a la salud institucionalizadas que operan como un ritual estandarizado basado en la eficiencia, las características y deficiencias de la infraestructura hospitalaria y en las necesidades de los médicos, no así en las de las gestantes.

Dado el predominio del modelo biomédico y la normalización de la violencia gineco-obstétrica² que actualmente se sigue ejerciendo, tanto en instituciones públicas como en hospitales privados de nuestro país, la partería resurge como una opción viable para mejorar la experiencia de las mujeres gestantes durante el parto. Enfoques y razones diversas son las que permiten explicar este fenómeno.

Por un lado, la partería está cobrando relevancia como parte de la estrategia de defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La lucha por la autonomía de las mujeres (tanto gestantes como parteras) se manifiesta a través del movimiento propartería (Laako, 2016) organizado en torno al reconocimiento de las prácticas y saberes que sustentan este oficio, el cual como queda retratado en el documental, tratándose de un importante elemento identitario y factor de cohesión social para las comunidades que históricamente la han practicado, forma parte del patrimonio cultural de México.

Por otro lado, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierten sobre las ventajas de incorporar la partería al sistema institucionalizado de salud con el objetivo de lograr una mayor cobertura del servicio de atención, reducir costos, disminuir el número de cesáreas innecesarias y los índices de morbilidad materno-infantil, así como para facilitar una atención centrada en las necesidades de las mujeres de acuerdo con su cultura y tradiciones (OMS, 2014).

² La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género silenciada y justificada que hasta 2014 fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es un tipo de violencia invisibilizada y desconocida incluso para las mujeres que la han vivido. Apenas en 2019 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) definió el término como violencia física y psicológica en la que se insulta, maltrata, agrede, engaña, infantiliza, mutila y hiere a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto (Llamas Palomar *et al.*, 2023: 16).

Es en este contexto que la sociología del parto, aun en etapa incipiente, ha centrado su análisis en los conflictos asistenciales que se presentan en las diferentes formas de atención al parto (Possamai-Inesedy, 2015; Lane, 2015; Botteri y Bochar, 2019), las cuales, para efectos prácticos, pueden dividirse en dos: aquella basada prioritariamente en los principios del modelo biomédico y otra que engloba diferentes prácticas de medicina alternativa, entre las cuales destaca la partería, tanto la que se realiza en zonas rurales como en zonas urbanas.

Investigadoras como Hannah Laako (2016), Claudia Carrera (2016), Lina Rosas Berrios (2018), Esther Botteri y Jacqueline Bochar (2019) y Pimenta *et al.* (2013) enfatizan la oportunidad que ofrecen las prácticas que caracterizan el oficio de la partería para la construcción de la autonomía femenina al permitir a las mujeres gestantes expresar sus necesidades y emociones en ambientes de respeto y no de subordinación o indiferencia como ocurre en la mayoría de las salas de parto de las instituciones de salud.

Una cuestión muy interesante sobre los diferentes tipos de partería que se ejercen en México son los cruces que actualmente existen entre partería tradicional, certificación, activismo político, estrato social y profesionalización, los cuales han hecho de este oficio un híbrido que mezcla clases sociales, saberes tradicionales con conocimientos biomédicos y las esferas de lo público y lo privado. Desde este punto de vista, los derechos reproductivos pueden ser vistos como el terreno en donde se libra la batalla entre los condicionamientos estructurales e históricos de las prácticas y los discursos dominantes sobre la reproducción, la experiencia concreta de las parteras y el posicionamiento de las mujeres gestantes frente a los modelos tradicionales, clínicos y alternativos.

Los trabajos ya citados, aunados a la investigación de Oliva López Sánchez (1998) acerca de la concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX y a la información expuesta por Lina Rosas Berrios (2018) en su presentación sobre el estado actual de la partería en México, forman parte de una de las principales líneas de investigación que existen sobre los modelos de atención al

parto en nuestro país: aquella centrada en el análisis de las parteras, en el recorrido histórico de su oficio, en su función como portadoras de la identidad comunitaria, en sus saberes y tradiciones, así como en el debate actual sobre su institucionalización, las condiciones de certificación y las estrategias que han empleado ante las dificultades que enfrentan para lograr que esta práctica sobreviva, sea reconocida y respetada.

En esta misma tendencia temática, se puede encontrar información relacionada con el valor sociocultural e histórico de la partería. De la diversidad de personas involucradas en la atención al parto (médicos generales, gineco-obstetras, enfermeras obstetras, perinatales, parteras profesionalizadas en instituciones nacionales y extranjeras, parteras técnicas, tradicionales o empíricas, parteras en la tradición, mujeres y familias y doulas), la antropóloga feminista Lina Rosas Berrios (2018) analiza la importancia que tienen en concreto las parteras en México, portadoras de saberes y prácticas ancestrales que conforman la identidad de los pueblos y favorecen la autonomía tanto de quienes practican este oficio como de las mujeres que optan por este modelo alternativo de atención. Desde su perspectiva analítica, Rosas Berrios señala que la progresiva desaparición del oficio de la partería forma parte de las múltiples estrategias de despojo que tienen lugar en el capitalismo contemporáneo.

Cambiantes a lo largo del tiempo, los conocimientos de las parteras tradicionales forman parte de las prácticas y los saberes que conforman la identidad de sus pueblos. Las parteras indígenas, líderes en sus comunidades, son defensoras tanto de los recursos naturales como de los derechos de la colectividad. Su labor, como lo evidencian sus propios relatos, va desde conservar los derechos fundamentales de las mujeres y sus hijos, hasta proteger el recurso vital del agua.

Son estos y otros aspectos los que nos permiten ubicar en el oficio de la partería tradicional indígena un elemento de análisis sociológico de gran riqueza no sólo para nuestro campo de estudio, sino para la comprensión de la importancia social de esta práctica que, en tanto ritual protagonizado por mujeres, ha sobrevivido en nuestro

país a lo largo de diferentes generaciones adaptándose a las necesidades y exigencias que imponen las políticas estatales vigentes.

Si bien en el análisis que proponemos a partir del documental *La partería tradicional. Saberes y prácticas en riesgo*, se cruzan las dimensiones política, legal y social de la partería en México, nuestra propuesta es presentar una interpretación sociológica del performance realizado por las parteras que protagonizan el ejercicio de este oficio. Así pues, la dimensión corporal de la partería nos invita a reflexionar sobre las experiencias a través de las cuales las parteras aprenden e incorporan saberes por medio de los sentidos y de la práctica continua de la atención al parto en sus comunidades y, a su vez, sobre cómo interpretan esa cercanía o familiaridad con las mujeres gestantes para hacer su atención más efectiva.

Guardianas del saber ancestral

En regiones del Estado de México, Morelos, Oaxaca, Guerrero y Sonora, entre otras, el aprendizaje de la partería tradicional indígena se basa en la experiencia y en el uso de objetos tradicionales como el rebozo, así como en saberes tradicionales que implican el uso y la preparación de alcohol y hierbas como el malabar, utilizado como sustituto de los antibióticos para “limpiar” a las mujeres recién paridas. Estas prácticas son heredadas y nutridas generación tras generación, formando parte esencial de la cultura y el conocimiento colectivo. El parto se considera un evento natural y respetado, donde el rebozo no sólo es una prenda, sino un artefacto o instrumento para la atención a las mujeres gestantes que simultáneamente las cuida, abraza y acompaña durante el proceso.

Nosotras como parteras somos herederas de un conocimiento ancestral y las abuelas parteras son las que han estado guardando este saber y son técnicas ancestrales que llevan muchas generaciones... el nacimiento es muy respetado, si la madre dice: yo quiero dar a luz sentada, en cuclillas, colgada, amarrada de un rebozo... las mujeres usan un rebozo

para sentirse amadas, cuidadas, el rebozo cuida, el rebozo abraza (Juana Natividad Constancio, San Luis Acatlán, Guerrero, 8:12-8:36 min, primera parte).

A pesar de su importancia y eficacia, la partería tradicional indígena se enfrenta a desafíos significativos en un entorno cada vez más medicalizado. La falta de confianza en los conocimientos tradicionales, la estigmatización de las parteras y la imposición de prácticas médicas innecesarias son algunas de las dificultades que enfrentan. El aumento de la medicalización y de la burocratización ha llevado a una pérdida de autonomía y a la violación de los derechos humanos de las mujeres durante el parto.

A lo largo de décadas, el Estado mexicano ha implementado políticas públicas que buscan controlar el nacimiento y utilizar a las parteras para regular la natalidad. Sin embargo, estas políticas han llevado a la pérdida de legitimidad de las parteras tradicionales indígenas, quienes han visto cómo su saber ancestral queda supeditado al conocimiento científico y a la estandarización impuesta por las instituciones de salud. La lucha por el reconocimiento y la valoración de la partería tradicional indígena continúa con propuestas que buscan defender el legado y los derechos de las nuevas generaciones de parteras.

Me dijeron que me iban a apoyar... cuando yo llegué a la Institución a la primera plática, nos empezaron a limitar, desde la primera plática que yo tuve en la Secretaría de Salud nos empezaron a limitar. Nos empezaron a decir que no debíamos atender mujeres embarazadas mayores de 35 ni menor de 20 años... Allí hubo un límite. Nos limitaron. De ahí nos empezaron a limitar, a limitar, a limitar... que hasta hoy día nos quieren desaparecer. Yo no conocía el miedo en la partería, lo conocí cuando llegué al Centro de Salud (Irene Soto, Jiutepec, Morelos, 3:51-4:35 min, primera parte).

El testimonio anterior es relevante ya que señala que, desde la perspectiva planteada por Davis-Floyd (1993), es la representación

del parto asumido como inherentemente riesgoso la que habita y configura el espacio hospitalario y subyace en el intervencionismo desmedido y el control institucional que impera sobre la atención al parto en el mundo occidental. En concordancia, sobre la patologización de la gestación, Karen Lane (2015) señala que, al caracterizar y asumir el parto como un proceso riesgoso, el modelo clínico reduce sus consideraciones acerca de una política de salud adecuada a un solo requisito: que sea asistido exclusivamente por personal médico profesionalizado.

En los hospitales no tenemos acceso a entrar. Ellos, nada más quieren ser ellos. ¿Por qué? Porque yo tengo un título y tú no tienes nada. A mí para qué me va a servir un documento, si al final quién me da el reconocimiento es la comunidad y las mujeres que estoy atendiendo y ofreciendo mi trabajo (Angelina Martínez Miranda, Temixco, Morelos, 6:56-7:30 min, segunda parte).

Lane (2015) identifica dos aproximaciones al riesgo: una objetiva y otra interpretativa. La aproximación objetiva considera el riesgo como una cuestión mensurable que requiere medicalización para ser controlado. Es esta noción del nacimiento como riesgo la que se ha normalizado, justificando el uso de medicina defensiva por medio del disciplinamiento tecnológico. Por otra parte, desde la aproximación interpretativa del riesgo, las estrategias para enfrentarlo no se basan tanto en la racionalidad científica como en la importancia de la confianza, de las emociones, los sentimientos y de lo que se ha aprendido por medio de la experiencia.

El mismo cuerpo es tan sabio y tan inteligente, que el mismo cuerpo siente cómo quiere tener a su bebé... Quien da a luz en su propia casa, pienso, se siente segura porque está en su casa, en su entorno, en su ambiente. El esposo ayudándola, abrazándola. La abuela está allí como símbolo de poder: hijita tú puedes, yo pude con 15 hijos, hijita tú eres una mujer (Irene Soto, Jiutepec, Morelos, 13:10-13:36 min, primera parte).

El parto biomédico y el parto humanizado: rituales sensoriales y emocionales

Desde la perspectiva de la antropología simbólica, Robbie Davis-Floyd señala que la mayoría de las etapas de transición en la vida de los seres humanos constituyen prácticas ritualizadas. Davis-Floyd (1987: 288) define el ritual como un patrón de acciones que se repiten a lo largo del tiempo, cuyo significado y objetivo se corresponde con los valores y las creencias predominantes de la cultura de adscripción. Específicamente, un rito de paso consiste en una serie de rituales que trasladan simbólicamente a un individuo de una posición a otra. Un ritual de paso transforma la percepción social del individuo y, a su vez, transforma la percepción del individuo sobre sí mismo. Generalmente, los ritos de paso implican un recorrido por tres etapas: separación, transición e integración. En el caso de las mujeres gestantes, el rito de paso comienza en el momento de saberse embarazadas, la transición se da hasta después de algún tiempo del nacimiento y termina con la fase de integración durante los primeros meses de vida del bebé cuando la mujer retoma el protagonismo de su vida (Davis-Floyd, 1987).

Retomando a Victor Turner, Davis-Floyd (1994) señala que la característica más importante de los ritos de paso consiste en que colocan a los individuos en una fase de transición que contiene algunos elementos tanto del pasado como del futuro. Esta fase facilita la apertura del individuo hacia un proceso de cambio interior. La transición entre roles conlleva un esfuerzo físico y mental que le sirve al individuo para romper con sistemas de creencias anteriores permitiéndole aprender y construir nuevas categorías cognitivas. El parto constituye uno de los mejores ejemplos de este tipo de rituales, ya que en otras culturas es también utilizado como modelo para ordenar otros ritos de paso. Hacer del proceso natural del nacimiento un rito de paso le asegura a la sociedad que los valores básicos que la sustentan serán transmitidos con éxito a los tres individuos involucrados en el proceso: madre, padre y recién nacido.

Por su parte, Lorena Pollock (2009) define la atención hospitalaria al parto como un ritual institucionalizado, cuyas características permiten sostener y reproducir una serie de creencias predominantes en la mayoría de las sociedades occidentales. Una de las ideas que forman parte del imaginario colectivo sobre el parto es la noción de que el embarazo, como ya se ha dicho, es inherentemente riesgoso y que, por lo tanto, debe ser controlado y constantemente vigilado. Esta sospecha de riesgo genera en las gestantes emociones asociadas a reacciones físicas que dificultan que el trabajo de parto transcurra con naturalidad, lo cual, a su vez, promueve la medicalización y el intervencionismo generando así lo que Robbie Davis-Floyd (1994: 1126) define como el dinamismo propio del progreso tecnológico que interfiere en un proceso natural para luego proponer una solución y tratar de remediar lo que la propia ciencia perturbó.

La percepción generalizada del embarazo como riesgo hace del hospital el lugar socialmente aceptado para parir. Es en este espacio donde tienen lugar una serie de procedimientos con significados y símbolos específicos que, de acuerdo con la investigación realizada por Pollock (2009), repercuten en la subjetividad de las mujeres. Por ejemplo, la posición que adopta el cuerpo en la camilla representa la pasividad y la subordinación de la gestante en la toma de decisiones, el goteo intravenoso, la dependencia hacia el instrumental médico, mientras el reloj marca los tiempos de un proceso que debiera seguir sus propios ritmos, etcétera. Por su parte, Davis-Floyd (1994) señala que el parto institucionalizado puede interpretarse como un ritual tecnocrático en que el cuerpo de la mujer se metafórica como máquina defectuosa, el hospital funciona como fábrica y el personal médico se posiciona a sí mismo como los expertos que producen y “rescatan” bebés. En concordancia con Pollock, Davis-Floyd identifica en la percepción del parto como riesgo uno de los mitos fundadores del intervencionismo médico en el campo de la ginecología obstétrica. Esta idea será clave en la legitimación de los procedimientos del modelo biomédico en la atención al parto.

A partir del análisis de las experiencias de mujeres cuyo trabajo de parto fue atendido en hospitales de Buenos Aires, Argentina,

Pollock (2009) identifica tres estadios característicos del ritual institucionalizado. El primero ocurre cuando la gestante es internada y separada de su entorno provocando una pérdida momentánea de la identidad al convertirse en una paciente más, es decir, en una de las tantas parturientas que pueden encontrarse en las salas de parto de cualquier hospital. El segundo estadio se desarrolla a lo largo del trabajo de parto y está caracterizado por la obediencia y subordinación de la gestante hacia el médico. Durante este estadio, Pollock señala que las mujeres viven su propio cuerpo a través de las acciones y decisiones de otros (camilleros, médicos, enfermeras, anestesiólogos, etcétera). Finalmente, el tercer estadio se da a partir del nacimiento, seguido del diagnóstico del neonato y del procedimiento burocrático de la “dada de alta” con el cual culmina este recorrido en el que la institución convierte en madre a la mujer.

Estas fases identificadas por Pollock coinciden con la propuesta goffmaniana a la cual recurre María de Jesús Montes-Muñoz *et al.* (2009) para también abordar la experiencia de gestantes cuyo parto fue atendido bajo el modelo clínico. A partir de la experiencia narrada por las propias mujeres, Montes describe tres etapas que conforman el itinerario habitual de atención al parto denominado como “ceremonia quirúrgica”. La primera es la de la mujer pre-paciente, etapa en la que se acepta el ingreso de la gestante al hospital siendo separada de su existencia normal y de todo accesorio externo a la institución médica; la segunda etapa, protagonizada ahora por la mujer-paciente, está caracterizada por prácticas de transformación ritual que la disponen pasivamente para el parto, y, por último, la etapa de purificación y agregación en que la mujer regresa a la sociedad ahora en su calidad de madre.

Por otra parte, el parto humanizado ofrece la posibilidad de vivir esta experiencia en condiciones diferentes, con otro tipo de personal e inclusive siendo atendido en casa. Este modelo de atención se propone recurrir lo menos posible a la intervención médica y, sobre todo, el respeto hacia las necesidades, los pensamientos y las emociones de las mujeres (Davis-Floyd, 2001). Para analizar este otro tipo de partos, Pollock (2009) distingue cuatro variables, a saber: el tiempo, la

confianza, la percepción del dolor y el contacto físico. Sobre el tiempo, Pollock señala que, a diferencia de lo que ocurre en el parto institucionalizado, el parto humanizado se rige por el reloj biológico de la madre y del bebé y no según los ritmos estandarizados del hospital que desregulan las funciones orgánicas del proceso. En concordancia, Davis-Floyd (2001) señala que la tecnología médica no posee la virtud de la paciencia, razón por la cual la oxitocina sintética forma parte de la atención protocolaria a la que se recurre para propiciar las contracciones y lograr así la aceleración del trabajo de parto.

Si bien Pollock no lo menciona como tal, es interesante señalar que, en el caso del parto humanizado, la variable tiempo no sólo debe limitarse al análisis del periodo en que transcurre el trabajo de parto. Hay otro espacio temporal que le antecede y el cual también es necesario considerar, ya que permite comprender la posibilidad que tienen las mujeres de trascender, enfrentar o confrontar la idea de que el hospital y el personal de atención representan la opción más segura para parir. En términos de los tres estadios que Pollock identifica en el ritual institucionalizado, el ritual del parto humanizado, presumiblemente, abarcaría una fase o estadio anterior al trabajo de parto durante el cual las mujeres desarrollarían la confianza necesaria para parir en condiciones diferentes a las que ofrece el hospital. No sólo se trataría, entonces, del tiempo que transcurre justo antes del nacimiento del bebé, sino del tiempo de preparación de la madre.

Lo que caracteriza a las madres que eligen parir en sus hogares es la confianza en la naturalidad del proceso y en quienes la acompañarán a la hora del parto. Esta confianza se construye a lo largo de los meses de embarazo [...] Por un lado se trabaja la confianza en el vínculo de todos los que participarán del ritual del nacimiento [...] y paralelamente se recobra la confianza en el cuerpo y su sabiduría natural a través de la información, el aprendizaje y el autoconocimiento (Pollock, 2009: 13-14).

Pollock (2009) señala también que, en el parto humanizado, además de que se promueve el vínculo constante entre la madre, el padre

y el neonato, también la partera y la gestante permanecen en contacto permanente a través, por ejemplo, de los masajes, los abrazos o los baños. Esta cercanía entre los cuerpos también puede interpretarse como una forma de contención y soporte emocional. A propósito de la relevancia del contacto físico, vale la pena recuperar una perspectiva analítica que explica las diferencias entre ambos modelos de atención bajo la idea de que el parto humanizado representa un *continuum* del nacimiento, es decir, un proceso que no tiene fisuras ni cortes. Esto implica la ausencia de intervenciones como cesáreas y episiotomías, así como el evitar una brusca separación del hijo y la madre mediante el corte prematuro del cordón umbilical. Además, las tareas de cuidados tampoco se fragmentan o se limitan al momento del parto; embarazo, parto y puerperio se asumen como un proceso a lo largo del cual, ambos (madre e hijo), necesitan atenciones.

El *continuum* del nacimiento no sólo hace referencia a la ausencia de cortes en la piel, sino, en correspondencia con lo señalado por Pollock, a la no separación entre la gestante, el bebé y la familia. Mantener el contacto físico entre madre y neonato es de suma importancia tanto para la madre como para el recién nacido. Sobre este asunto, Ashley Montagu (2004: 151-152) explica que para los seres humanos el nacimiento implica trasladarse del útero que brinda la sensación de sostén y protección hacia un espacio desconocido y abierto, por lo que la comunicación y estimulación táctil durante la gestación extrauterina es fundamental en el aprendizaje emocional y psicomotor del neonato. En conclusión, para Pollock (2009) la trascendencia del parto institucionalizado radica en que le imprime determinados significados a un acontecimiento de gran relevancia para las sociedades y culturas humanas: el nacimiento, el cual, sobre todo para las mujeres primigestas, constituye un periodo de transición hacia la maternidad.

Tal como lo señalan Pollock y Davis-Floyd, la perspectiva del parto como ritual permite, además de comprender la percepción de las mujeres sobre sí mismas, sus cuerpos y la maternidad, establecer vínculos entre los modelos de atención y los valores predominantes de una sociedad determinada. Las experiencias del parto y el embarazo constitu-

yen prácticas encarnadas que se manifiestan también en los estilos de crianza como lo demuestra la antropóloga Ashley Montagu.

El *performance* de la partería tradicional indígena: la interacción entre trabajo y labor emocional

Bajo el reconocimiento de que el embarazo y el parto son experiencias profundamente emotivas, Shanon Carter y Stephanie Gonzalez (2014) analizan el proceso a través del cual tanto parteras como gestantes tratan de modificar la intensidad o cualidad de una emoción determinada ya sea para poder realizar su labor de acompañamiento y atención, en el caso de las parteras, o bien para sobrellevar sus embarazos y partos, en el caso de las gestantes. Como se ha descrito en párrafos anteriores, la importancia de las emociones que rodean las experiencias de las gestantes durante su trabajo de parto, particularmente, ha sido soslayada por el modelo de atención clínico. De igual forma, como parte de sus tareas de cuidado la labor emocional que realizan las parteras carece del reconocimiento necesario, así como del entrenamiento que las parteras requieren para el manejo de sus emociones.

Sin ahondar en el tema, es relevante mencionar que, desde la óptica de Silvia Federici (2015), a pesar de que el trabajo de cuidados, realizado mayoritariamente por mujeres, es el más esencial, históricamente ha sido invisibilizado. Cuidadoras como amas de casa, trabajadoras domésticas, enfermeras y parteras padecen de discriminación y precarización de sus condiciones laborales, lo cual conlleva afectaciones no sólo materiales, sino también psicológicas y emocionales. El mandato social que naturaliza ciertas cualidades y actitudes en el comportamiento de las mujeres, tales como la predisposición a cuidar y proteger, el amor incondicional o la propensión al sacrificio como expresión del “amor maternal” reproduce la desigualdad entre géneros y relega a las mujeres al ámbito del espacio doméstico invisibilizando la complejidad y trascendencia que posee el trabajo de cuidados para el sostenimiento de la sociedad.

Es por estas razones que tanto la labor emocional que realizan las parteras como el trabajo emocional que desempeñan las gestantes aparecen como algo evidente y natural de acuerdo con la expectativa social del comportamiento de las mujeres. Si bien Carter y Gonzalez (2014) observan un conjunto de aplicaciones de la labor emocional de las parteras, resulta interesante hacer notar que las parteras se enfrentan a diferentes retos en el manejo de sus emociones dependiendo de las necesidades y dificultades que se van presentando en el transcurso de sus trayectorias profesionales. Aunque no lo mencionan como tal, es interesante observar cómo en el transcurso de su formación como parteras se da, simultáneamente, un proceso de labor emocional relacionado con la forma en que su trabajo impacta en sus relaciones personales debido a la percepción que tiene la familia, la pareja o la sociedad sobre su oficio.

Interesante también resulta el hecho de que la partería tradicional indígena no se asuma con un simple trabajo, sino como una postura frente a la vida que le permite a las parteras establecer otro tipo de vínculos con las mujeres de su familia. Esa capacidad de generar empatía con las mujeres a las que acompañan para así poder conocerlas mejor y responder a sus necesidades emocionales incluso adoptando roles específicos.

Otro aspecto sumamente interesante que no es retomado por Carter y Gonzalez (2014) es lo referente a lo que implica para las propias parteras y para su historia de vida la labor emocional que realizan a través de su oficio. Se había mencionado la trascendencia de encontrar en la partería un sentido de vida, sin embargo, este proceso también conlleva para ellas el encontrarse a sí mismas, así como la posibilidad de sanar de heridas del pasado. En términos de labor emocional, la partería tradicional indígena representa para las mujeres una continua posibilidad de pensarse a sí mismas que, como se verá más adelante, está íntimamente relacionada con su postura frente a las mujeres gestantes que atienden.

La propuesta consiste en abordar las experiencias sensoriales y emocionales de gestantes en interacción con parteras tradicionales, ya que este modelo de atención se proclama a sí mismo como una

alternativa ante la desatención emocional y sensorial de las gestantes y de sus necesidades. Asimismo, es importante destacar que, con este propósito en mente, el modelo de la partería tradicional indígena conlleva un proceso de preparación en el que no sólo se contempla la preparación física de la gestante, sino también su bienestar emocional echando mano de diferentes técnicas médicas y de sanación.

Lo anterior constituye un proceso de reflexividad y conocimiento sobre sí mismo a través del cual las gestantes se preparan para el momento estelar del embarazo. En este sentido, la distinción que propone Hoschild sobre trabajo emocional y labor emocional resulta sumamente productiva para observar el manejo de las emociones en la interacción entre gestantes y parteras. El trabajo emocional constituye, presumiblemente, estrategias corporeizadas de resistencia afectiva como resultado de la capacidad de agencia de las mujeres gestantes que deciden apropiarse de sus embarazos y de sus trabajos de parto al recurrir a modelos de atención alternativos o al involucrarse con prácticas y actividades tales como el porteo, los talleres de lactancia, el convertirse en doulas, aprender tanatología, ejercer la musicoterapia.

Esta resistencia afectiva se puede observar, a su vez, desde el lado de las parteras quienes ejercen su oficio como una práctica emancipatoria basada en la construcción de relaciones afectivas contrarias a las que predominan en los sistemas de salud y que buscan erradicar la naturalización de la violencia y la legitimación de las relaciones jerarquizadas entre médico/especialista y mujer gestante o paciente. Asimismo, este grupo de parteras tradicionales trabajan y colaboran formando una comunidad constituida a través de prácticas y conexiones afectivas.

–Reconocer la labor de las parteras y la validez de los sistemas comunitarios de salud. Donde con autonomía podamos recibir a los nuestros dentro de nuestra cultura y con seguridad.

–Defender el derecho humano a la identidad de los bebés que recibimos o que nacen fuera del sistema de salud y, por lo tanto, a su acceso total a su certificado de nacimiento.

–Garantizar que los avisos de alumbramiento expedidos por las parteras sean suficientes para que las familias tramiten el certificado, evitando que las mujeres que paren en casa se vean forzadas a ir a los centros de salud a hacer el trámite.

–Parar la expropiación de conocimientos y exigencia de encasillar en modelos académicos, saberes ancestrales basados en la espiritualidad y ritualidad (fragmentos del pronunciamiento del encuentro de parteras “Fortaleciendo nuestro camino”, 1-13 de abril de 2019, Oaxaca, Oaxaca, 23:45-26:05 min, segunda parte).

Frente a las políticas de control se construyen políticas del cuidado alternativas; prácticas afectivas por, para y entre mujeres que, por lo menos en el discurso, implican la puesta en práctica de una estrategia emocional basada en el feminismo y en el reconocimiento de las necesidades y emociones de las mujeres. Así, la dimensión política del oficio de la partería tradicional indígena radica en su capacidad de proponer y construir una política del cuidado alternativa, repositando el papel de la mujer como protagonista de sus experiencias. La dimensión afectiva siendo motor de la emancipación a través de una política de cuidados sorora:

No sólo es sacar partos y decir: yo soy partera, sino que también tenemos una gran responsabilidad de conservar nuestro territorio, conservar nuestros derechos, conservar nuestra agua, ya que somos agua y una partera debe entender que el agua es tan importante como atender un parto (María de Jesús López Valenzuela, Pótam, Sonora, 6:35-6:55 min, primera parte).

Defendamos que la mujer tiene que parir donde ella quiera. En su casa, en la posición que ella desee, nosotras no tenemos ningún modelo para decirle: vas a tener tu parto así (Irene Soto, Jiutepec, Morelos, 12:56-13:09 min, primera parte).

No hay otra manera de poder resolver esto, más que luchar. No hay otra. Organizar y luchar. Ya no estamos en el tiempo de resistir. Algu-

nos abuelos dicen: hay que resistir, hay que resistir. Pues sí, ya nos cansamos de resistir, abuelo. Ahora hay que dar el siguiente paso. ¿Cómo? Pues, luchar. Hasta que se haga costumbre la dignidad (Amparo Calderón Soto, Estado de México, 26:07-26:29 min, segunda parte).

Así, la partería tradicional indígena no sólo ejerce su función crítica con el discurso, sino también con el performance al hacer nacer.

Conclusión

Desde la tradición, la costumbre y lo empírico, la partería tradicional indígena desafía los imperativos sociales que constriñen el potencial de la mujer al imponer una forma única de reproducción y asistencia. Sobre este asunto es importante mencionar que la relación entre el oficio de las parteras y las instituciones de salud pública ha sido, y es, contradictorio, ya que, aunque históricamente ha sido relegado, desde las instancias gubernamentales también ha conservado cierto reconocimiento porque complementa y refuerza el trabajo de los servicios públicos de salud al permitir establecer un enlace con comunidades de difícil acceso.

Sin embargo, también desde lo institucional, se reconoce la falta de investigaciones que permitan comprender las necesidades de la población. Este asunto, como ya se ha dicho, converge con uno de los principales reclamos de los movimientos encabezados por parteras: el de escuchar la palabra de las mujeres para que la atención brindada durante el parto verdaderamente responda a sus necesidades y se respeten sus derechos sexuales y reproductivos. Al respecto, es de suma importancia hacer notar que cumplir con los Objetivos del Milenio propuestos por la OMS y lograr así que se reduzca el número de muertes maternas y de cesáreas innecesarias no implica forzosamente que la experiencia de las mujeres gestantes durante su estancia en hospitales públicos y/o privados mejore o que dejen de padecer alguna forma de violencia.

Por otro lado, si bien las investigaciones sobre los modelos de atención y la sociología del parto hacen una distinción entre el modelo biomédico (cultura mecánica) y el modelo alternativo (cultura orgánica), en la actualidad, las parteras autónomas o posmodernas, en términos de Hannah Laako y Robbie Davis-Floyd, respectivamente, representan un tipo de partería que pone en práctica saberes tradicionales, técnicas de la medicina alternativa (acupuntura, manteada y sobada, homeopatía, herbolaria, yoga, temazcal, gimnasia prenatal, etcétera) y saberes provenientes de la medicina alópata bajo el conocimiento de causa y el reconocimiento de las ventajas y desventajas que tanto uno como otro modelo representan.

Un hallazgo más hace referencia a cómo la capacidad reflexiva de las mujeres puede convertirse, también, en un dispositivo de control de la reproducción y sexualidad femenina (Fannin, 2013). En este caso el derecho a la información y a decidir libremente se convirtieron en un mandato del cuidado de sí. El tema de la libertad de elección también se complejiza si se piensa en el concepto de “tecnologías apropiadas”. Oakley (2016) señala cómo lo que se considera riesgoso cambia con el tiempo haciendo que el uso de la tecnología vaya siendo naturalizado. Acá resulta interesante pensar en las formas en que cultural y socialmente se enfrenta, se trabaja o se rechaza el dolor. Desde la propuesta de las parteras pareciera ser que la mujer debe aprender a trabajar su dolor para así poder reconocerlo y enfrentarlo.

La partería tradicional indígena representa múltiples legados enraizados en siglos de sabiduría y en la profunda conexión con la comunidad. Si bien ofrece una importante y significativa alternativa en la atención al parto, se debe hacer notar que la plena satisfacción de todas las gestantes durante su experiencia de parto depende de otros factores, tales como la trayectoria de la gestante durante el embarazo como antecedente inmediato del parto, las experiencias vividas en partos anteriores, las condiciones materiales y el espacio circundante, la relación con la pareja y la familia, la relación con el personal de atención, la información y el grado de desarrollo del autoconocimiento de las mujeres, la clase social como posibilidad para elegir entre diferentes opciones de atención, el capital cultural de las mujeres

para reflexionar acerca de sus propias necesidades y las expectativas, así como las representaciones de las mujeres gestantes sobre el parto, la maternidad o la feminidad.

Al abordar el parto como un performance entre la partera y la gestante, se abre una nueva dimensión de análisis que nos invita a reflexionar sobre la interacción entre estos dos actores y cómo influye en la experiencia del parto. Por lo tanto, para avanzar hacia una atención al parto más inclusiva y respetuosa, es crucial trabajar hacia una integración respetuosa de múltiples modelos de atención, que reconozca la riqueza de la partería tradicional indígena.

Referencias

- Botteri, E. y Bochar, J. (2019), “Saberes que conectan con el poder durante el parto: La partería tradicional en Morelos (México)”, *Alteridades*, vol. 29, núm. 57, pp. 125-135, [<https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2019v29n57/Botteri>].
- Carrera, Claudia (2016), “La elección de una atención humanizada en tiempos de violencia durante el parto en la Ciudad de México”, en *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*, [https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/RE_CDMX.pdf].
- Carter, S. K. y Gonzalez Guittar, S. (2014), “Emotion Work among Pregnant and Birthing Women”, *Midwifery*, vol. 30, pp. 1021-1028, [<https://www.elsevier.com/midwifery>].
- Davis-Floyd, Robbie (1987), “Obstetric Training as Rite of Passage”, *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, vol. 1, núm. 3 (Obstetrics in the United States: Woman, Physician, and Society).
- Davis-Floyd, Robbie (1994), “The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression”, *Social Science and Medicine*, vol. 38, núm. 8.
- Davis-Floyd, Robbie (2001), “The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 75.

- Davis-Floyd, Robbie (2008), “Daughter of Time: The Postmodern Midwife” (parte 1 y 2), [https://www.academia.edu/22158508/Daughter_of_time_the_post-modern_midwife_part_2_].
- Fannin, M. (2013), “The Burden of Choosing Wisely: Biopolitics at the Beginning of Life”, *Gender, Place & Culture*, vol. 20, núm. 3, pp. 273-289, [<https://doi.org/10.1080/0966369X.2012.694355>].
- Federici, Silvia (2015), “Sobre el trabajo de cuidado de los mayores y los límites del marxismo”, *Revista Nueva Sociedad*, núm. 256, marzo-abril.
- Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH)-Coordinación Nacional de Antropología (2021), “La partería tradicional. Saberes y prácticas en riesgo, [video] Youtube, [<https://www.youtube.com/watch?v=L0LmW4Dq4jo>].
- Laako, Hanna (2016), “Los derechos humanos en los movimientos sociales: el caso de las parteras autónomas en México”, [revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/download/51028/49069].
- Lane, K. (2015), “Pluralist Risk Cultures: The Sociology of Childbirth in Vanuatu”, *Health, Risk & Society*, vol. 17, núms. 5-6, pp. 349-367, [<https://doi.org/10.1080/13698575.2015.1096326>].
- Le Breton, David (2017), *El cuerpo herido identidades estalladas contemporáneas*, Topia, Buenos Aires.
- Llamas Palomar, Mercedes *et al.* (2023), *Violencia obstétrica*, Penguin Random House, Madrid.
- López Sánchez, Oliva (1998), *Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*, Plaza y Valdés, México.
- Montagu, Ashley (2004), *El tacto. La importancia de la piel en las relaciones humanas*, Paidós, Barcelona.
- Montes-Muñoz, M. J., Martorell-Poveda, M. A., Conti-Cañada, M. J. y Jiménez-Herrera, M. F. (2009), “Tecnología médica en el embarazo: usos y representaciones”, *Periferia*, núm. 11.
- Oakley, A. (2016), “The Sociology of Childbirth: An Autobiographical Journey through Four Decades of Research”, *Sociology of Health & Illness*, vol. 38, núm. 5, pp. 689-705. DOI:10.1111/1467-9566.12400.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), *El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*, Fondo de Población de las Naciones Unidas, [https://issuu.com/obstaamh/docs/el_estado_de_las_parteras_en_el_mu- n_691c9167674eb9].
- Patel, T. y Sharma, U. (2000), “The Silent Subject: Childbirth and the Sociology of Emotion”, *Sociological Bulletin*, vol. 49, núm. 2, pp. 179-192, [<http://www.jstor.org/stable/23620113>].
- Pimenta, Deborah *et al.* (2013), “El parto realizado por matronas: una revisión integradora”, *Enfermería Global*, vol. 12, núm. 30, pp. 482-493, [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200023&lng=es&tlng=es].
- Pollock, Lorena (2009), “Rituales de nacimiento: subjetividades en transformación. Elegir cómo parir, elegir cómo vivir”, monografía presentada en el Seminario Antropología de la Subjetividad: un Estudio desde las Alquimias Corporales, los Rituales y el Habitus, Universidad de Buenos Aires: Buenos Aires.
- Possamai-Inesedy, A. (2015), “El silencio de la espiritualidad en la sociología del parto”, en Daniel Gutiérrez-Martínez y Karina Felitti (coords.), *Diversidad, sexualidades y creencias. Cuerpo y derechos en el mundo contemporáneo*, Prometeo libros, Buenos Aires.
- Rosas Berrio, Lina (2018), “Partería indígena: desafíos actuales para su ejercicio y preservación”, conferencia impartida el 22 de septiembre de 2018, Instituto de Investigaciones Sociales-Universidad Nacional Autónoma de México, [https://www.youtube.com/watch?v=wjSrNZgdPn4&fbclid=IwAR024gHk_U9yE-pg8Wn-ZwW4FJ7OZcTStu1-Noq37cMl62OYdB-nMKmacjQFo].
- Taylor, D. y Fuentes, M. (2024), *Estudios avanzados de performance*, Fondo de Cultura Económica, México.

Fecha de recepción: 30/04/24
 Fecha de aceptación: 26/06/24

DOI: 10.24275/tramas/uamx/202462231-254